FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1877 — N° 288

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 10 juillet 1877, à 1 heure

PAR CATHERINE GONTCHAROFF,

Née à Kalouga (Russie) le 30 Juillet 1841.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES FLEXIONS UTÉRINES

AU POINT DE VUE DE LEUR TRAITEMENT

Président : M. LASÈGUE, *professeur.*

Juges : MM. HARDY, *professeur.* B. ANGER, FERNET, *agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31

1877

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen.................. M. VULPIAN.

Professeurs.................. MM.

Anatomie.	SAPPEY.
Physiologie.	BECLARD.
Physique médicale.	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale. . . .	WURTZ.
Histoire naturelle médicale.	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	CHAUFFARD.
Pathologie médicale.	JACCOUD. PETER.
Pathologie chirurgicale	N. TRELAT.
Anatomie pathologique	CHARCOT.
Histologie.	ROBIN.
Opérations et appareils.	LE FORT.
Pharmacologie.	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.	GUBLER.
Hygiène.	BOUCHARDAT
Médecine légale	TARDIEU.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau nés.	PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie. . .	PARROT
Pathologie comparée et expérimentale.	VULPIAN.
Clinique médicale.	SEE (G.). LASEGUE. HARDY. POTAIN.
Clinique chirurgicale.	RICHET. GOSSELIN. BROCA. VERNEUIL.
Clinique d'accouchements.	DEPAUL.

DOYEN HONORAIRE : M. WURTZ

Professeurs honoraires :

MM. BOUILLAUD, le Baron J. CLOQUET et DUMAS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ANGER.	CHARPENTIER.	FERNET.	LECORCHE
BERGERON.	DAMASCHINO.	GARIEL.	LE DENTU.
BLUM.	DELENS.	GAUTIER.	NICAISE.
BOUCHARD.	DE SEYNES.	GUENIOT.	OLLIVIER.
BOUCHARDAT.	DUGUET.	HAYEM.	RIGAL.
BROUARDEL.	DUVAL.	LANCEREAUX.	TERRIER.
CADIAT	FARABEUF.	LANNELONGUE.	

Agrégés libres chargés de cours complémentaires.

Cours clinique des maladies de la peau.	MM. N.
— des maladies des enfants.	N.
des maladies mentales et nerveuses.	BALL.
— de l'ophthalmologie	PANAS.
— des maladies des voies urinaires.	GUYON.
de maladies syphilitiques	FOURNIER.
Chef des travaux anatomiques	Marc SEE

Le Secrétaire de la Faculté : PINET

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions emises dans les dissertations qui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A vous qui, dès l'enfance, m'avez donné une instruction virile, il est juste que je dédie cette première ébauche, si imparfaite qu'elle soit.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES FLEXIONS UTÉRINES

au point de vue de leur traitement.

INTRODUCTION.

Ce fut Velpeau (1) qui, dans ses leçons faites à la Charité, en 1845 et dans les années suivantes, signala, le premier, la fréquence des flexions utérines ; déjà, avant lui, Sartorph (2), Denmann (3), M. Boivin (4), avaient cité quelques cas de rétroflexion de l'utérus non gravide ; mais ces faits isolés avaient si peu attiré l'attention, qu'en 1849, dans une discussion qui eut lieu à l'Académie à ce sujet, Malgaigne (5) nia l'existence des flexions utérines.

En 1850, paraissait le traité de Sommer, qui contient l'autopsie de plusieurs femmes atteintes de flexions utérines, et une étude très-complète des symptômes (6);

(1) Gazette des hôpitaux. 1845. Leçons recueillies par M. Pajot.

(2) Sarxtorph. Collect. Societ. med. Hawniensis, 1775, t. II, p. 129.

(3) Denmann. Introduction to midwifery. London, 1801.

(4) M. Boivin et A. Dugès. Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes, t. I, p. 295.

(5) Bulletin de l'Académie, 1849, p. 337.

(6) Sommer. Beiträge zur Lehre der Flexionen und Infractionen der Gebärmutter. Deutsche Klinik, 1850.

enfin, en 1850, Valleix citait, dans ses leçons cliniques, quelques cas de flexions, dont il avait tenté le redressement. Aussi, lorsqu'en 1854, la question revint devant l'Académie, personne ne songea à révoquer en doute l'existence du mal, mais l'entente fut loin de se faire relativement à sa gravité d'abord, et à son traitement ensuite.

Tel est encore l'état des choses aujourd'hui. En France, depuis les tentatives si multipliées de Valleix et la décision prise par l'Académie en 1854, une complète réaction s'est faite dans les esprits et le traitement est devenu, en général, symptomatique; Aran (1) admettait, néanmoins, que ce traitement se trouve insuffisant dans un certain nombre de cas rebelles de rétro-

(1) Frappé des résultats favorables que j'ai retirés dans quelques cas du traitement des complications et en particulier des douches froides et des pansements laudanisés, des sangsues sur le col, lorsqu'il y avait des phénomènes de congestion ou d'inflammation, de la dilatation simple du col, lorsque je pouvais soupçonner un rétrécissement, etc., etc. j'avais pensé que l'on pourrait peut-être s'en tenir à ces moyens. Mon opinion n'a pas changé pour l'immense majorité des cas; mais il en est cependant de rebelles, ce sont des cas de rétroflexion principalement, où l'on n'obtient que des soulagements très-insignifiants. Je me demande si dans les cas de ce genre il n'y aurait pas avantage, soit à faire porter aux malades quelques-uns de ces supports, dont je parlera, à propos de la rétroversion, soit à tenter avec prudence, bien entendu, l'une ou l'autre des méthodes de redressement que je vous ai indiquées; car il est impossible de le nier, que l'utérus ait ou non été redressé, il est un certain nombre de malades qui ont dû à ces pratiques le rétablissement de leur santé. Mais je ne saurais trop vous le répéter, avant d'en venir à une pareille extrémité, examinez vos malades avec le plus grand soin et assurez-vous qu'il n'existe aucune complication vers les annexes surtout, et alors, seulement alors, tentez le redressement, mais n'en venez au redressement intérieur qu'après avoir vainement essayé la dernière méthode proposée par Valleix.

flexions surtout, et il reconnaît qu'on est obligé alors de recourir à des moyens mécaniques. Il conseille, de préférence, les pessaires extra-utérins et il veut qu'on n'ait recours aux tiges intra-utérines, que tout à fait à la dernière extrémité. Tel est aussi l'avis de M. Courty (1), qui dit avoir obtenu des *améliorations*, si ce n'est des *guérisons*, au moyen de son redresseur galvanique.

En Allemagne, en Angleterre et en Russie, la réprobation du traitement mécanique n'est pas aussi générale qu'en France; le traitement intra-utérin, lui-même, compte quelques partisans qui ont publié un certain nombre de guérisons qu'ils considèrent comme raicales.

Nous avons jugé utile de mettre quelques-uns de ces faits en regard de ceux qui ont été publiés par Valleix et par ses contemporains, et nous avons surtout désiré faire connaître, en France, les travaux du Dr Tarnowsky, de Saint-Pétersbourg. Mieux que cela n'a été fait jusqu'ici. M. Tarnowsky a précisé l'action physiologique des tiges intra-utérines, dont il ne conseille, d'ailleurs, l'emploi que dans des cas assez restreints; en revanche, il emploie, sur une large échelle, les pessaires extra-utérins et, en particulier, le pessaire de Hodge.

Avant d'aborder l'exposé du traitement, tel qu'il existe, et de formuler les conclusions qui nous semblent rationnelles, nous devons jeter un coup-d'œil rapide sur l'étiologie, l'anatomie pathologique et la symptomatologie de l'affection qui nous occupe.

Nous n'avons pas l'intention d'aborder ici l'étude des

(1) Courty. Traité pratique des maladies de l'utérus et des annexes, p. 896.

latéroflexions, affections relativement rares et de l'aveu de tous à peu près incurables, pour ne nous occuper exclusivement que de l'antéflexion et de la rétroflexion de l'utérus non gravide.

ETIOLOGIE.

On donne le nom de flexion à cet état de l'utérus dans lequel l'axe du corps forme avec l'axe du col un angle qui peut être tantôt un angle obtus, tantôt un angle droit, tantôt un angle aigu : de là trois degrés de flexions, d'après Sommer. Dans certains cas, l'axe utérin n'est qu'incurvé, c'est l'incurvation ou courbure ; dans d'autres, plus rares il est vrai, l'utérus est replié sur lui-même, de façon à ce qu'il y ait contact entre les faces homologues du col et du corps ; c'est à cet état que Sommer réserve le nom d'infraction ou brisure.

Depuis le travail de M. Boulard, publié en 1852, et les recherches auxquelles ce travail a donné lieu, on admet en général qu'à l'état normal l'axe utérin présente une antécourbure (1); pour les auteurs allemands, ce serait l'antéflexion qui serait la disposition normale et il n'y aurait état pathologique que lorsque l'angle formé par le corps et le col serait plus petit que 160° (2).

Au point de vue de l'étiologie, les flexions se divisent en deux grandes catégories : les flexions congénitales et les flexions acquises.

Flexions congénitales. — On donne ce nom aux flexions qui se rencontrent chez les vierges ou les

(1) Richet. Anatomie chirurgicale, p. 798.

(2) Hueter. Die Flexionen der Uterus monographisch bearbeitet, '9.

femmes nullipares et qui sont caractérisées par une diminution de volume de l'organe (1). On admet qu'elles peuvent se produire pendant la vie intra-utérine aussi, bien que pendant l'accroissement que prend l'utérus aux approches de la puberté (2).

Les résultats des autopsies faites sur des fœtus et sur des enfants nouveau-nés s'accordent pour démontrer qu'ici comme dans les flexions acquises, l'antéflexion est plus fréquente, de beaucoup, que la rétroflexion, dont Freund considère la production pendant la vie intra-utérine, comme à peu près impossible (3).

Quant à la cause de l'antéflexion congénitale, elle réside dans l'arrêt de développement de la paroi antérieure de l'utérus ou des ligaments ronds. Cette dernière cause est d'autant plus puissante que pendant toute la durée de la vie intra-utérine, l'utérus et ses annexes sont situés au-dessus du pubis par suite du développement plus rapide du canal génital par rapport au bassin (4).

Freund (5) signale encore, comme une cause prédisposante de l'antéflexion, le développement du rectum sur la ligne médiane, disposition qu'il a exceptionnellement constatée chez le fœtus pendant la seconde moitié de la vie intra-utérine, au moment où l'intestin s'emplit de méconium.

(1) Hueter. Die Flexionen der Uterus monographisch bearbeibet, p. 54.

(2) Courty. Traité pratique des maladies de l'utérus et des annexes, p. 877.

(3) Freund. Die Lageentwicklung der Beékenorgane und indesouden des weiblichen Genital canals, p. 97.

(4) Klebs. Pathologische anatomie Geschlecht's organe, Bd I, p. 783.

(5) Freund. L. c., p. 88.

Dans deux cas, il a trouvé un état de contracture de la vessie qui, normalement, doit dépasser l'utérus pendant toute la durée de la vie intra-utérine ; ici, elle avait la forme d'une sphère à parois dures et épaisses, ne remontant que jusqu'à l'isthme. En conséquence, le col était refoulé très-en arrière et le fond tiraillé en avant par les ligaments ronds dont la longueur se trouvait insuffisante.

Dans deux autres cas, cités par le même auteur, c'étaient les ligaments ronds qui avaient une épaisseur trois fois plus grande que d'habitude.

Flexions acquises. Elles peuvent être primitives ou secondaires; pour Virchow elles seraient presque toujours consécutives à des péritonites ayant laissé subsister des adhérences ou des fausses membranes. En effet, sur le cadavre on trouve presque toujours l'utérus fixé, lorsqu'il y a flexion, mais la plupart des auteurs s'accordent aujourd'hui pour voir dans les péritonites partielles la conséquence (1), non la cause de la flexion, et M. Goupil considère que des adhérences ne peuvent produire une flexion que dans le cas où le col aurait été fixé au préalable, ou bien lorsqu'il y a altération du tissu utérin au niveau du sillon de la flexion. Autrement il se produirait selon lui une version irréductible et non pas une flexion (2).

Kiwisch(3) admet qu'un utérus sain appartenant à une femme nullipare ne saurait être fléchi ; pour qu'une flexion puisse se produire, il importe que le tissu utérin soit ramolli, soit dans la totalité de sa masse, soit dans

(1) Scanzoni. Beitrage zur Gelustshulfe.

(2) Bernutz et Goupil. Cl. méd. des mal. des femmes, p. 559.

(3) Kiwisch. Beitrage zur Geburtskunde, p. 137.

une portion de son étendue. Une autre cause prédisposante des flexions utérines est constituée par l'allongement de l'axe utérin ; en effet si, avec Hyrtl (1), on compare l'utérus à un levier du premier genre, dont le point d'appui se trouve au niveau de l'insertion des ligaments utéro-sacrés et vésico-pubiens (2), on concevra aisément que plus le bras supérieur sera long et plus minime pourra être la force qui produira la flexion, laquelle siégera toujours au point d'appui du levier, c'est-à-dire à l'isthme. Tel est, en effet, le siége le plus fréquent des flexions utérines, et si on part de ce point de vue théorique, on devra admettre que dans les cas où la flexion siége autre part, c'est qu'il n'y a eu ramollissement que du point fléchi, circonstance que M. Courty (3) considère comme possible.

A chaque époque menstruelle, l'utérus subit un accroissement de volume qui porte principalement sur le corps et qui est plus considérable qu'on ne le pense d'ordinaire, dit M. Sappey (4). En même temps, le tissu utérin gorgé de sang est considérablement ramolli; aussi, bien des femmes rapportent aux époques le début de leur mal. Nous insistons sur ce point, car il a une grande importance au point de vue de l'hygiène de la femme.

Le ramollissement du tissu utérin et l'allongement de l'axe de l'organe s'observent encore dans les diverses

(1) Hyrtl. Topographiche anatomie.

(2) Aran admettait que les mouvements de l'utérus se font autour d'un axe fictif, qu'il appelait l'axe de suspension de l'organe et qui passe par l'isthme. V. Aran, Statique de l'utérus, p. 229, Archives de médecine, 1858.

(3) Courty. Traité des maladies de l'utérus et des annexes, p. 880.

(4) Sappey. Traité d'anatomie descriptive, p. 227.

phases de la métrite chronique : congestion, formation d'un exsudat interstitiel, dégénérescence graisseuse des fibres musculaires ; aussi la métrite, qui est souvent la conséquence des flexions, peut elle en être également la cause.

Dans l'état puerpéral, enfin, les mêmes conditions se trouvent réunies à un très-haut degré, tant que l'involution de l'organe n'est pas terminée; aussi tous les auteurs s'accordent-ils pour donner à l'accouchement et surtout à l'avortement une grande importance étiologique.

Toutes les causes qui, pendant l'état puerpéral, retardent l'involution de l'organe peuvent être regardées comme devant favoriser la production d'une flexion utérine. Ici, il convient de placer en première ligne les inflammations de l'utérus et de ses annexes, ainsi que les pelvi-péritonites ; en seconde ligne l'habitude qu'ont les femmes de certaines classes de ne point allaiter leurs enfants, circonstance que Scanzoni considère comme étant très-importante. Déjà Cazeaux (1) avait noté que, dans les premiers jours qui suivent l'accouchement, certaines femmes ont des tranchées utérines chaque fois qu'elles allaitent leur enfant, et si grande est l'influence, qu'à l'excitation de la glande mammaire sur les contractions utérines, que Scanzoni a réussi à produire l'accouchement prématuré au moyen de la succion artificielle. Il est clair, cependant, qu'il y a à tenir compte ici de la susceptibilité individuelle : aussi, si l'excitation de laglande mammaire a eu des résultats brillants dans le cas que nous reproduisons (2), elle est restée sans

(1) Cazeaux. Traité des accouchements, p. 422.

(2) Rosina Pickel, 29 ans, fut accouchée par moi en décembre 1850; j'avais dû recourir à la céphalotripsie.

Je la revis en décembre 1852 ; ses dernières règles dataient du

effet dans un autre cas cité par le même auteur et dans un troisième il a fallu la prolonger fort longtemps.

D'après Scanzoni, l'involution de l'utérus est plus lente à se faire après l'avortement qu'après l'accouchement à terme, aussi donne-t-il à l'avortement une grande importance étiologique. M. Goupil fait remarquer, avec raison ce nous semble, qu'ici l'effet peut souvent être pris pour la cause, et que les femmes qui ont présenté des flexions, après un avortement, pou-

27 juin. Elle avait senti les mouvements de l'enfant vers la fin de novembre; je décidai donc de provoquer l'accouchement prématuré à la fin de février.

Je me procurai à cet effet deux pompes pour aspirer le lait; ces pompes consistaient en une vessie de caoutchouc ayant 6 centimètres de longueur et 3 centimètres de largeur ; ces vessies s'adaptaient à un tuyau en verre s'élargissant en forme de trompette, de façon à pouvoir être appliqué sur le mamelon.

Le 25 février, première application ; on laisse l'instrument en place pendant deux heures, sans que la malade éprouve aucun malaise ; le même soir, on fit une nouvelle application.

Le 26 et le 27, on fit trois applications de deux heures chacune.

Dès la troisième application, la portion vaginale s'est raccourcie d'une façon remarquable ; le canal cervical est devenu perméable au doigt, sans que la malade ressente en même temps les douleurs de l'enfantement. Celles-ci ne commencèrent que le 27 après la sixième application de la vessie et se renforcèrent dans la nuit du 27 au 28. A ce moment le col fut trouvé effacé ; la vessie était prête à se rompre. Derrière elle on sentit de petites parties lorsque la vessie se fut rompue. On reconnut que c'étaient les extrémités inférieures. Il y avait en même temps procidence du cordon.

Comme au même moment les pulsations devinrent faibles, notre assistant le Dr Wolf fit l'extraction et retira un enfant qui paraissait mort, mais qui fut ramené à la vie au bout de quelques instants.

La délivrance et les suites de couches furent normales et la femme put être renvoyée chez elle le neuvième jour. (Scanzoni Beitrage zur Geburtshulfe, I Bd, s. 15.)

vaient très-bien avoir eu une flexion préexistante qui a déterminé l'avortement.

Pour Rokitansky, la cause la plus fréquente des flexions utérines est due au ramollissement du tissu conjonctif qui double la muqueuse du col utérin. A l'état normal ce tissu est très-résistant au niveau du col, mais sa résistance diminue à partir de l'isthme; elle est surtout peu considérable dans le demi-cercle antérieur. A la suite de catarrhes prolongés, les glandes s'allongent et déterminent, par pression, l'atrophie de ce tissu sous-muqueux; l'hypertrophie des glandes se produit surtout au voisinage de l'orifice interne; c'est de cette façon que Rokhitansky explique le siége de prédilection des flexions utérines. Cette cause étiologique est évidemment la vraie pour les flexions dues à une diathèse syphilitique, scrofuleuse ou lymphatique, ainsi qu'à la chloro-anémie qui ont pour conséquence des catarrhes chroniques.

Klob (1) a signalé, d'après Rokitansky, l'existence au niveau de l'isthme d'une veine transversale qui devient variqueuse chez les femmes qui ont eu plusieurs grossesses, et qui peut avoir jusqu'à 4 millimètres de diamètre; cette veine, d'après ces auteurs, agirait comme cause mécanique en refoulant en arrière le point correspondant.

Une cause fréquente des flexions utérines serait, d'après Martin, l'hypertrophie de la paroi où s'insérait le placenta; ce serait le plus souvent la paroi postérieure (2), et c'est ainsi qu'il explique, pour certains cas, la production des rétroflexions.

(1) Klob. Pathologische anatomie der weiblichen sexualorgane, p. 63.

(2) Les autopsies de 63 femmes mortes dans les premiers jours qui ont suivi l'accouchement ont donné à Martin les résultats

Enfin nous devons signaler, comme cause étiologique prédisposante, la présence de tumeurs siégeant soit dans les parois et l'utérus, soit dans le petit bassin.

Les causes occasionnelles sont les efforts, comme l'action de soulever un fardeau, par exemple : les chutes dans des cas rares.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Flexion congénitale. — Les flexions congénitales sont principalement caractérisées par une diminution de volume de l'organe qui peut coïncider avec un arrêt de développement des ovaires, des organes génitaux externes et des mamelles. Dans certains cas, il n'y a pas de développement de vésicules de Graaf (1), et la menstruation peut faire complètement défaut ; le plus souvent elle n'est que diminuée.

L'apport du sang dans l'organe est peu considérable, le calibre des vaisseaux que contiennent les ligaments larges étant diminués ; la muqueuse utérine est pâle, amincie, ainsi que les parois dans lesquelles il y a prédominance de tissu conjonctif. Le col est petit, mobile ; il y a le plus souvent rétrécissement du canal cervical, surtout au niveau de l'orifice interne, où siége la flexion. L'orifice externe est petit, et présente une forme arrondie.

Flexions acquises. — Dans les flexions acquises il y a presque toujours augmentation de volume de l'uté-

suivants : 24 fois le placenta s'insérait en avant, 32 fois en arrière et 7 fois l'insertion se trouvait ou voisinage du fond. (Martin. Neigungen und Beugungen der Gelarmutter, p. 30.

(1) Klob. L. c., p. 46.

rus, surtout dans la rétroflexion; cette hypertrophie est presque toujours excentrique, c'est-à-dire qu'il y a en même temps épaississement des parois et augmentation de la cavité utérine qui peut mesurer jusqu'à 10 1/2 cent. L'hypertrophie concentrique a été observée par Sommer dans des cas fort rares, et alors les parois utérines ont une dureté cartilagineuse; le tissu crie sous le scalpel.

Le premier effet d'une flexion utérine est la compression des veines transversales situées sur la limite du col et du corps; de là, engorgement du col avec ses conséquences : catarrhe cervical, érosions et même ulcérations du museau de tanche. L'hyperémie se propage bientôt au corps de l'organe et aux trompes; de là, catarrhe utérin et catarrhe des trompes pouvant amener leur oblitération lorsque l'hyperémie s'est propagée aux organes voisins : vessie, rectum; on observe des troubles vésicaux et la constipation. Enfin l'hyperémie du péritoine amène des péritonites adhésives, dans les cas où celles-là n'ont pas préexisté.

Quant aux altérations microscopiques, elles varient suivant l'ancienneté et la cause du mal.

Dans les flexions *post-partum* de date tout à fait récente, le ramollissement du tissu sous-muqueux, dans le voisinage de l'orifice interne, est très-prononcé. La cavité utérine est notablement agrandie; le tissu musculaire, qui est à nu dans certains points, est en train de subir la métamorphose graisseuse; les parois sont allongées et épaissies; l'épaississement est surtout considérable au niveau où siégeait l'insertion du placenta.

Dans les flexions qui succèdent à une métrite chronique, on trouve les altérations qui correspondent aux différentes phases de cette dernière affection : exsudat,

prolifération de tissu conjonctif, dégénérescence graisseuse des fibres musculaires.

Lorsqu'une flexion a persisté pendant un certain temps, les fibres musculaires situées au niveau du point où siége la flexion subissent la métamorphose graisseuse, se résorbent, et sont enfin remplacées par du tissu conjonctif

SYMPTOMATOLOGIE.

La plupart des auteurs s'accordent pour admettre l'innocuité des flexions simples, surtout de l'antéflexion, mais ils reconnaissent en même temps que toute flexion simple dégénère, tôt ou tard, en flexion compliquée.

« Les flexions n'ont de l'importance, dit Scanzoni, que lorsqu'une modification de texture est venue s'ajouter au vice de forme. »

Et quelques pages plus loin (2) : « Toute flexion, lorsqu'elle a subsisté pendant un certain temps, amène nécessairement des modifications dans le parenchyme utérin et dans la muqueuse. De là l'importance pratique de flexions. »

« Que les altérations de texture aient ou non précédé, dit M. Courty (3), préparé ou déterminé la flexion, elles ne manquent pas de l'accompagner. »

Il nous paraît donc inexact de dire que les flexions simples soient des lésions sans importance, et si l'art est aujourd'hui impuissant à les guérir, mieux vaut, ce nous semble, constater le *desideratum* que d'affirmer qu'il n'y a pas à chercher dans cette voie.

(1) Scanzoni. L. c., p. 177.
(2) Id., p. 182.
(3) Courty. L. c., p. 886.

Dans les discussions qui ont eu lieu à l'Académie à ce sujet, Dubois (1), et plus tard M. Depaul (2), ont reconnu que si dans la plupart des cas, les versions utérines étaient inoffensives, les flexions avaient une importance beaucoup plus grande au point de vue des fonctions de l'organe surtout.

Troubles fonctionnels.— Les troubles fonctionnels qui accompagnent les flexions utérines tiennent tantôt à une cause mécanique, l'imperméabilité de l'orifice cervico-utérin, tantôt à l'inflammation de la muqueuse ou du parenchyme utérin lui-même ; ce sont des troubles de sécrétion, des troubles de la menstruation et enfin la stérilité.

Troubles de sécrétion. — Sommer a démontré par des njections colorées qu'il a faites dans la cavité utérine, que l'imperméabilité de l'orifice cervico-utérin est absolue lorsque le col forme, avec le corps, un angle plus petit que l'angle droit (3). C'est alors qu'on voit se former, par accumulation de mucus, ces dilatations de la cavité utérine qui portent le nom d'hydrométrie.

Comme le démontre un cas d'hydrométrie cité par M. Bernutz (4), l'imperméabilité de l'orifice cervico-utérin peut être absolue même avec une flexion d'un degré moindre que ne le veut Sommer, si d'autre part la muqueuse utérine est boursouflée à la suite d'un catarrhe prolongé. La malade à laquelle nous faisons allusion avait l'utérus anté-fléchi et fixé par de fausses membranes, les coliques menstruelles étaient très-vives

(1) Bulletin de l'Académie, 1849, p. 220.

(2) Bulletin de l'Académie, 1854, pp. 684 et 854.

(3) Sommer. L. c., p. 356.

(4) Bernutz et Goupil. L. c., obs. XIV, p. 149.

et en dehors des époques, elle avait des douleurs utérines analogues au premières douleurs de l'accouchement, qui survenaient par crises. Ces douleurs étaient accompagnées d'oppression et de sensation d'une boule qui remontait de l'utérus au creux de l'estomac, mais qui ne provoquait pas de nausées. A la suite de plusieurs crises de ce genre, il y avait expulsion brusque d'une quantité assez grande de mucus clair, incolore et visqueux qui empesait le linge. Dans l'intervalle il n'y avait pas de sécrétion vaginale.

Chez une autre malade, dont la flexion était à peu près à angle droit, M. Goupil (1) a pu constater que l'écoulement du mucus était intermittent, et qu'il sortait par jets chaque fois que le malade ressentait une petite douleur sourde passagère, moindre cependant que celles que la même malade ressentait aux époques menstruelles.

Outre la rétention du mucus, on observe fréquemment son hypersécrétion, conséquence forcée de la stase veineuse, qui tôt au tard s'établit dans les cas de flexions. Ici, il convient d'excepter, en général, les flexions congénitales, dans lesquelles, comme nous l'avons vu, les vaisseaux sont peu développés.

Lorsqu'il y a hypersécrétion de mucus, celui-ci conserve les propriétés qu'il possède à l'état normal; lorsqu'il y a déjà endométrite et par suite catarrhe, les propriétés du mucus changent, sa réaction devient moins alcaline et dans certains cas, le Dr Tarnowsky l'a trouvé franchement acide. Quelquefois il y a des globules de pus en suspension; il se forme aussi de ces bouchons gélatineux qui peuvent oblitérer l'orifice cervico-utérin (2).

(1) Bernutz et Goupil. L. c., obs. V, p. 575.
(2) Robin. Traité des humeurs, p. 470.

Troubles de la menstruation. — Dans les flexions congénitales, il y a toujours dysménorrhée et même, quelquefois, la menstruation peut faire défaut complétement.

Dans les flexions acquises, les auteurs signalent tantôt des ménorrhagies, tantôt de la dysménorrhée. Pour Sommer (1), il y aurait toujours des ménorrhagies dues à la stase veineuse coexistante, tant que par le fait de pertes de sang successives, la malade n'est pas devenue anémique.

Pour les coliques menstruelles, Baud fait, quant à l'époque de leur apparition, une division qui nous paraît absolument rationnelle. Il admet que lorsqu'elles sont dues à un obstacle mécanique, elles se manifestent au moment même des époques ; le sang qui contient alors des caillots s'échappe par jets au moment des contractions utérines, exactement comme dans les cas d'hydrométrie que nous venons de voir.

D'autres fois, Baud a remarqué que les douleurs précédaient les époques et cessaient dès l'apparition du sang qui s'échappe liquide; ces douleurs sont dues à une congestion active.

Enfin, dans la congestion passive, les douleurs se manifestent après les époques.

Stérilité. — La stérilité des femmes atteintes de flexions utérines est due quelquefois à l'imperméabilité de l'orifice cervico-utérin; ce qui le prouve, c'est la facilité avec laquelle certaines femmes deviennent enceintes, dès qu'on a redressé leur utérus au moyen d'un pessaire extra-utérin. Pour ne citer qu'un seul exemple, nous

(1) Sommer. L. c., p. 356.

mentionnerons celui que rapporte Huguier : (1) Chez une jeune femme nullipare, atteinte d'une rétroflexion et stérile quoique mariée depuis trois ans, je maintins l'utérus réduit au moyen d'un pessaire en pelle d'Hervez et Chégoin, et un mois après elle devenait enceinte pour la première fois. »

L'obstacle mécanique peut être dû dans certains cas à la présence de bouchons gélatineux qui obstruent l'orifice cervico-utérin ; dans ces cas le cathétérisme utérin peut favoriser la conception en éloignant l'obstacle (2). C'est ce qui a eu lieu dans deux cas cités par Hartmann où l'accouchement eut lieu neuf mois jour pour jour après que le cathétérisme utérin eût été pratiqué, ce qui avait été fait aussitôt après l'époque. Une de ces femmes avait été stérile pendant trois ans.

D'autres fois l'obstacle à la conception est constitué par l'altération des liquides secrétés par la cavité utérine. En effet, les mouvements des spermatozoïdes s'arrêtent lorsqu'ils sont plongés dans un liquide à réaction acide, pour reprendre dès que le liquide devient alcalin (3) ; or, comme l'a démontré M. Tarnowsky, dans certains cas le liquide secrété par la cavité utérine est acide ; il suffit alors de les ramener à l'alcalinité pour que la conception ait lieu.

Enfin il peut y avoir non plus *impotentia concipiendi*, mais impossibilité pour l'ovule fécondé de se nourrir et de se développer, ce qui, d'après Grünewald (4), serait même le cas le plus fréquent. Les conclusions de cet

(1) Huguier. De l'hystéromètre, p. 337.

(2) Hartmann. St-Peterb. Med. Zeitschrift, p. 91.

(3) Ueber die Flimmerbewegung v. Al. Stuart. Dorpat, 1817

(4) Grünewald. Ueber sterilitat Geschlechts-Kranker Frauen, Archiv für Gynœkologie, B. VIII, Heft 3, p. 5.

auteur reposent sur l'observation de 500 femmes stériles, dont 190 étaient atteintes de déviations utérines ; de ces 190 femmes, 21 seulement ne présentaient aucune complication inflammatoire. Grünewald attache une grande importance à l'endométrite, affection qui vient si souvent compliquer les flexions utérines.

Schröder (1) admet qu'à la suite des catarrhes prolongés, la muqueuse utérine subit des modifications importantes, l'épithélium vibratil se desquame et est remplacé par des cellules plates, polymorphes, qui ressemblent à des cellules d'épithélium pavimenteux, La muqueuse s'amincit considérablement, les glandes elles-mêmes tombent et la cavité utérine finit par être tapissée par une simple couche de tissu conjonctif.

On conçoit que lorsque la muqueuse utérine est ainsi altérée, l'implantation des villosités du chorion soit devenue difficile ; quand même elle parviendrait à se faire, l'ovule se trouverait dans de mauvaises conditions pour se nourrir et se développer.

Holz (2) a réuni un certain nombre de cas qui démontrent qu'il suffit quelquefois de faire disparaître les complications inflammatoires pour que la conception puisse avoir lieu malgré la persistance du vice de forme. Sur sept femmes ayant été stériles pendant plusieurs années et ayant conçu après un traitement de quelques mois, une seule avait eu l'utérus complétement redressé par un pessaire intra-utérin ; chez une autre, des douches froides, du fer et du seigle ergoté pris à l'intérieur avaient suffi pour amener la conception, la flexion ayant d'ailleurs diminué, et l'utérus, qui était flasque précé-

(1) Schröder. Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie herausgegeben von Siemsen, s. 121 et 122.
(2) Holz. Empfangniss, Schwangerschaft und Geburt. Monatschrift der Geburtkunde, 1863.

demment, y ayant repris sa consistance normale. Enfin, chez les cinq dernières, la grossesse intervint après que les complications ordinaires eurent été écartées.

Dans les flexions congénitales, la stérilité peut être due à l'atrophie des ovaires ; ces cas sont évidemment des cas incurables et il en est de même de ceux où il y a adhérence des trompes ou leur oblitération.

Troubles généraux. — Les troubles généraux sont des troubles de la circulation, des troubles de la digestion et des troubles nerveux.

Les troubles circulatoires apparaissent les premiers et amènent bientôt la métrite chronique, si celle-ci n'a pas préexisté : c'est alors qu'on voit apparaître tout le cortége des symptômes qui appartient en propre à cette dernière affection.

Les troubles digestifs sont : la dyspepsie, la flatulence, la constipation, et dans certains cas, une sensation nauséeuse survenant à la suite de la moindre fatigue, et disparaissant lorsque la femme a pris la position horizontale.

Les troubles digestifs joints aux ménorrhagies qui s'observent si souvent dans les flexions acquises amènent un dépérissement progressif, qui a pour conséquence une excitabilité de plus en plus grande, pouvant à la fin se traduire par de véritables crises hystériques.

Nous ne voulons pas dire que l'appareil génital soit toujours le point de départ des troubles nerveux qu'on constate chez la femme et nous ne prétendons pas nier l'hystérie d'origine purement cérébrale, dont nous avons vu nous-même un exemple manifeste ; cependant on ne saurait ne pas être frappé du fait suivant : Sur 189 femmes hystériques qui sont venues consulter Scanzoni,

36 seulement ne présentaient aucun trouble des organes génitaux, dont les fonctions étaient normales aussi.

Dans les 153 autres cas, il y avait :

Dans 25 cas, catarrhe chroniques de l'utérus et du vagin;
« 31 infarctus chroniques de l'utérus.
« 10 cancers utérins;
« 9 végétations de la cavité utérine;
« 6 polypes utérins;
« 31 antéflexions;
« 7 rétroflexions;
« 2 rétroversions;
« 1 atrésie vulvaire;
« 7 prurits vulvaires;
« 9 inflammations chroniques des ovaires;
« 3 tumeurs de l'ovaire;
« 7 menstrua-profusa;
« 5, défaut de menstruation sans aucune maladie des organes génitaux.

On voit que parmi les affections utérines, celles qui ont le plus d'importance, au point de vue des troubles nerveux (60 0/0) sont les flexions utérines et leurs complications les plus fréquentes, catarrhe et métrite chronique; ceci est d'accord avec l'opinion de M. Jaccoud, d'après laquelle ces déviations contribueraient plus que les autres maladies utérines à la production de l'hystérie.

Plusieurs cas d'hystérie grave, survenue à la suite du développement d'une flexion utérine, ont été publiés ces dernières années en Allemagne, mais, en général, nous voyons notée en même temps, soit la prédisposition héréditaire, soit une excitabilité nerveuse très-grande existant depuis le jeune âge, de sorte que nous

nous croyons autorisé à conclure que l'affection utérine n'agit ici que comme cause déterminante. Quoi qu'il en soit, il est de fait que dans certains cas, il suffit de ramener l'utérus à son état normal pour faire disparaître soit des attaques, soit des névralgies (1) qui duraient depuis plusieurs années, et dont aucun traitement n'avait pu avoir raison. En voici un exemple que nous empruntons à Lisfranc (2).

Une malade âgée de 34 ans, couchée à l'hôpital de la Pitié, était d'un tempérament lymphatico-nerveux; elle avait été réglée dans sa douzième année sans aucun accident; elle avait fait deux enfants. Elle portait depuis deux années une maladie de l'utérus, lorsqu'elle vint nous demander des soins; elle nous dit qu'elle éprouvait de temps en temps des accès hystériques.

Je la touchai; je reconnus un engorgement du corps de la matrice qui paraissait avoir triplé de volume; son col, légèrement hypertrophié, semblait être le siége d'ulcérations légères; la sensibilité de l'organe malade était augmentée.

Je traitai l'engorgement; lorsque la phlegmasie fut calmée, j'appliquai le spéculum; il pénétra avec beaucoup de facilité dans le vagin; il ne produisit pas de douleur.

Je constatai sur le col utérin des ulcérations simples et superficielles; je fis une cautérisation légère qui ne fut pas douloureuse.

Au moment où je retirai l'instrument avec toutes les précautions recommandées par l'art, une crise éclata: cris, convulsions, pâleur de la face, suffocation, boule hystérique, sentiment de strangulation, etc.

L'attaque dura une heure; elle fut suivie des symptômes ordinaires.

Premier mois : Santé générale faible; écoulement blanc abondant; douleurs dans le bassin, dans le rectum; ces douleurs se déplaçaient pour se porter dans le bas des reins, sur les flancs; deux attaques se montrèrent : l'une survint spontanément, lentement, et l'autre se développa brusquement à l'occasion d'une vive contrariété.

(1) V. p. 31, obs. Hartman.
(2) Lisfranc. Clinique chirurgicale, t. II, p. 601.

Deuxième mois : Trois accès d'hystérie déterminés par l'application du spéculum faite tous les huit jours environ pour cautériser légèrement les solutions de continuité qui siégent sur le col de la matrice.

Troisième mois : Ecoulement blanc beaucoup diminué ; douleurs moindres, emploi du spéculum; ulcérations à demi cicatrisées ; elles offrent, d'ailleurs, un très-bon aspect ; engorgement ramolli. L'utérus a déjà perdu de son volume : une seule crise hystérique.

Quatrième mois : Les ulcères ont entièrement disparu; écoulement blanc très-léger; menstruation redevenue normale; douleurs nulles ; engorgement diminué des deux tiers ; faible attaque hystérique.

Cinquième mois : La cicatrisation des ulcérations se soutient ; l'écoulement blanc cesse ; les douleurs reparaissent ; la matrice a presque recouvré son volume ordinaire; pas d'accès d'hystérie ; mêmes moyens thérapeutiques.

Sixième mois : Etat normal des organes génitaux; point d'écoulement blanc, point d'anomalies menstruelles ; pas de crises.

Guérison complète qui s'est soutenue ; nous nous en sommes assuré en voyant de temps en temps la malade, soit chez elle, soit à l'hôpital.

On sait que du temps de Lisfranc, les flexions étaient inconnues et que Velpeau a soutenu plus tard, que ce que Lisfranc décrivait sous le nom d'engorgement, n'était autre chose que des flexions compliquées. Les symptômes que présentait la malade, dont nous venons de voir l'histoire, étaient, du reste, absolument analogues à ceux d'une malade d'Aman (1) qui elle aussi, avait l'utérus qui était augmenté de volume tout en étant fléchi. Ici, comme dans le cas de Lisfranc, l'hystérie était survenue à la suite de cette affection.

Madame F..., âgée de 36 ans, a été bien portante dans son enfance. Entre l'âge de 8 ans et celui de 12 ans, elle présenta, comme sa mère l'avait eu à cet âge, de phénomènes d'excitabilité nerveuse.

Elle fut réglée à 13 ans et pendant six mois les époques fu-

(1) Aman.

rent régulières et non douloureuses. Puis survinrent des signes de chlorose, qui persistèrent pendant deux ans; la menstruation devenue peu à peu moins abondante fut suspendue pendant dix mois. Les règles revinrent ensuite, peu abondantes d'abord, mais non douloureuses; elles devinrent peu à peu normales et les autres signes de chlorose finirent par disparaître.

Mariée à 23 ans, la malade eut trois enfants, le dernier à l'âge de 27 ans. Six mois après le dernier accouchement, la menstruation devenue plus abondante était en même temps accompagnée de coliques. Les flueurs blanches peu abondantes d'abord devinrent peu à peu très-profuses.

L'état général empira également; la malade, qui paraissait anémiée, ne pouvait plus s'astreindre à aucune fatigue; en même temps l'impressionnabilité que la malade présentait dès l'enfance augmenta en intensité et peu à peu la malade devint positivement hystérique.

Ce ne fut qu'aux époques menstruelles tout d'abord qu'elle eut des crises de rires et de pleurs, qui dans le commencement ne duraient que 10 à 20 minutes et qui plus tard durèrent jusqu'à quelques heures presque sans interruption. Peu à peu ces crises devinrent plus fréquentes et la malade finit par en avoir tous les deux ou trois jours. En même temps elle avait des spasmes cloniques, des contractions des extrémités supérieures et de la face, des mouvements involontaires du tronc, une toux sèche, aboyante. L'attaque était précédée d'un sentiment tout particulier d'oppression; respiration fréquente et saccadée, sans accélération du pouls. Tout d'un coup la malade poussait un cri et partait d'un éclat de rire qui la plupart du temps dégénérait en sanglots. L'attaque terminée, la malade ressentait ordinairement une forte douleur dans la poitrine et de la céphalalgie intense. Les attaques survenaient en général à la suite d'une frayeur, d'une fatigue trop grande ou d'une émotion; elles avaient lieu le jour, jamais la nuit, mais elles survenaient aussi bien lorsque la malade était dehors que lorsqu'elle était chez elle, de sorte que la malade finit par ne presque plus sortir.

On traita pendant plusieurs années le catarrhe utérin, l'anémie et les coliques menstruelles. Cautérisations de la cavité utérine, bains de siége froids, sangsues à la vulve. On obtint ainsi une amélioration, en tant que la menstruation devint moins douloureuse et que le catarrhe diminua en intensité. Les crises cependant restèrent ce qu'elles avaient été.

Telle était la situation lorsqu'en octobre 1871 la malade vint me consulter.

La malade est de taille moyenne, pâle, peu musclée, assez maigre. Pouls régulier, mais faible ; cœur et poumons normaux.

Au toucher je trouvai l'utérus légèrement abaissé et très-rétrofléchi. La direction de l'organe augmenté de volume était presque normale, la lèvre antérieure raccourcie, la lèvre postérieure augmentée de volume. L'orifice externe béant, de sorte que le doigt pouvait pénétrer avec facilité dans le canal cervical. Le cathétérisme utérin ne put être fait une première fois à cause d'une attaque qui survint et dura un quart d'heure. Huit jours plus tard, j'essayai de nouveau à introduire la sonde et cette fois j'y réussis, mais non sans provoquer une douleur intense. L'utérus fut trouvé absolument mobile; la cavité mesurait 10 centimètres.

J'ordonnai une nourriture fortifiante et du fer associé à de la rhubarbe. Sangsues répétées sur le col, injections froides et moyens astringents ordinaires pour combattre le catarrhe. Chaque fois que ces moyens locaux étaient appliqués, la malade était mise dans un certain état de surexcitation.

Les attaques devinrent peu à peu moins fréquentes et perdirent également en intensité. L'état local s'améliora décidément ; l'utérus était devenu moins sensible au toucher, la cavité ne mesurait plus que 8 centimètres et demi et le catarrhe avait à peu près cessé ; la flexion persistait cependant. Le cathétérisme était devenu possible, de sorte que je me décidai à introduire un pessaire intra-utérin.

21 octobre. J'introduisis le premier pessaire intra-utérin après avoir redressé l'utérus avec la sonde, ce qui occasionna un accès de rire. L'instrument dont la tige mesurait 7 cent.5 fut fixé par des tampons, mais deux jours plus tard je fus obligé de retirer le pessaire qui occasionnait des douleurs très-intenses.

Le 25. Nouvelle introduction du pessaire; quelques heures après, survint une attaque, mais comme les douleurs étaient moindres que la première fois, je laissai l'instrument en place pendant trois jours.

Le 29. Nouvelle introduction de l'instrument qui resta en place jusqu'au 3 novembre.

4 novembre. Nouvelle époque menstruelle ; pas de douleurs ; règles moins abondantes que de coutume.

Le 10. Introduction du pessaire, qui resta en place jusqu'au 28 ; retiré à l'apparition des règles, il fut introduit jusqu'au 22 décembre.

Comme l'utérus conservait sa situation normale, j'essayai d'interrompre le traitement mécanique et j'ordonnai des injections froides deux fois par jour. Vers le milieu du mois de janvier, les attaques hystériques perdirent en intensité et ne se reproduisirent qu'à de rares intervalles ; la malade avait meilleure apparence, elle était aussi moins déprimée moralement ; son pouls était meilleur, et elle résistait mieux à la fatigue. A l'exploration que je fis le 26 janvier, je trouvai que la position de l'utérus était normale ; les crises nerveuses ne survenaient plus qu'au moment des époques et étaient produites par des circonstances exceptionnelles.

Nouvelle exploration au mois de février. Direction de l'utérus normale. Crises nerveuses de plus en plus faibles ; elles cessèrent complètement vers le milieu de juin. A la fin de juillet, l'ouverture d'un abcès amena une attaque qui fut la dernière. La femme, qui était stérile depuis huit ans, devint enceinte au mois de septembre et accoucha à la fin de mai d'un enfant bien portant ; la grossesse, l'accouchement et les suites de couches furent normales.

Je recommandai des précautions exceptionnelles pendant les premières semaines qui suivirent la délivrance ; la nouvelle accouchée resta au lit pendant douze jours. Lorsque je la revis à la fin de novembre, elle était absolument bien portante ; la position de l'utérus, qui était augmenté de volume (la cavité mesurait 8 centimètres), était normale.

Cette observation démontre d'une façon très-nette l'affirmation que nous avons posée : en effet, de même que sa mère, la malade d'Aman avait présenté dès son enfance une excitabilité nerveuse, peu commune ; elle était, pour ainsi dire, en puissance d'hystérie.

Lorsqu'à la suite de son troisième accouchement est survenue l'affection locale, l'état général ayant empiré sous l'influence de cette cause, nous voyons peu à peu apparaître les crises hystériques qui prennent à la fin une intensité peu commune.

Le traitement ayant été dirigé contre les deux causes à la fois, nous voyons une amélioration progressive des

symptômes et enfin la guérison définitive au point de vue des manifestations hystériques.

Les troubles nerveux qui accompagnent les flexions utérines ne prennent pas toujours une intensité égale à celle qui existait dans les cas que nous venons de voir. Le plus souvent, on observe des hypéresthésies partielles : douleurs sacrées, céphalalgie ou plutôt sensation de constriction à la région frontale. En même temps, il y a un état vague de l'intelligence, qui rend tout effort de concentration de la pensée impossible ; tous ces phénomènes disparaissent lorsque la femme est restée dans la position horizontale pendant un certain temps.

Traitement.

Le traitement des flexions utérines doit être à la fois général et local ; en effet, nous avons vu que l'état général est tantôt la cause, tantôt la conséquence de la lésion locale, mais qu'il coexiste presque toujours. On prescrira donc, s'il y a lieu, les ferrugineux, les toniques, l'hydrothérapie, l'exercice au grand air sans excès de fatigue, toutefois.

Lisfranc et son école prescrivaient aux femmes atteintes de déviations utérines, le repos absolu ; ceci est une exagération, car on risque ainsi de produire une débilitation générale qui ne peut qu'aggraver l'état local.

Traitement local. — Deux doctrines se trouvent ici en présence et selon qu'on admet ou non la curabilité dn mal, on se bornera au traitement symptomatique, ou bien on cherchera à guérir d'une façon radicale la flexion elle-même.

Ce qui rend la question de la curabilité difficile à résoudre, c'est, qu'en général, les malades ne restent pas en observation un temps assez long pour qu'on puisse dire avec certitude, que la guérison a persisté. Il y a, cependant, quelques cas qui démontrent que si la guérison radicale est rare, elle n'est pas absolument impossible : ainsi, Huguier cite l'exemple d'une femme qu'il avait soignée pendant trois mois, d'après sa méthode, et qu'il avait suivie pendant sept ans ensuite. Au bout de sept ans, dit cet auteur, cette femme avait l'utérus légèrement incliné en arrière, il est vrai, mais elle n'éprouvait plus aucun accident et elle avait repris de l'embonpoint et de la fraîcheur.

Un autre cas, plus démonstratif encore, a été publié par Hartmann (1) qui a revu sa malade après douze ans ; ici, la guérison a été aussi complète que possible.

« En novembre 1849, dit le Dr Hartmann, je fus appelé auprès de Mme F... qui, dans l'intervalle de cinq ans, avait consulté plusieurs célébrités médicales. Le diagnostic qui avait été porté était le diagnostic suivant : rhumatisme chronique et névralgie faciale. Tous les narcotiques avaient été employés, tant à l'extérieur qu'à l'intérieur ; on avait prescrit les toniques, les résolutifs, les eaux minérales. On avait fait l'extraction de plusieurs dents et même, en désespoir de cause, ou avait eu recours au magnétisme animal.

Tous ces moyens n'avaient procuré qu'un soulagement passager.

J'envisageai la situation sous un tout autre aspect et

(1) Hartmann. Lageveronderung der Gebarmutter. Petersb. Med. Zeit., 1863, Bd V, p. 94.

je considérai que c'est dans l'utérus que siégeait la cause du mal. En effet, la maladie datait de la dernière couche, qui était la troisième et qui avait donné lieu à une inflammation locale. Depuis ce temps, la femme n'est plus devenue enceinte ; les règles étaient devenues douloureuses ; l'écoulement menstruel peu abondant, contenait des caillots. Il y avait en même temps des troubles digestifs et de la constipation opiniâtre ; la défécation était devenue douloureuse.

La femme avait déjà souffert autrefois d'une névralgie faciale, mais peu à peu cette névralgie s'est aggravée et lorsqu'elle vint me consulter, toutes les branches du trijumeau étaient prises. L'excitabilité générale était extrême. Je trouvai l'utérus augmenté de volume et fortement rétrofléchi ; le fond était situé plus bas que le col. La sonde pénétra avec facilité et le redressement fut facile, mais après que la sonde eut été retirée, l'organe reprit sa position vicieuse. Pas d'ulcérations, pas de catarrhe ; toucher non douloureux.

Le redresseur de Simpson (2e variété) fut introduit le 29 novembre, et les douleurs cessèrent du coup ; de sorte qu'un confrère présent s'écria : « *Vous avez accompli un miracle.* »

Dix jours plus tard, les douleurs reparurent cependant, mais elles avaient moins d'intensité ; il y eut encore plusieurs crises pendant les premiers trois mois que le redresseur fut porté, puis elles cessèrent complètement.

Le redresseur n'occasionnait aucune gène ; je donnais en même temps du fer, des bains de siége tièdes et de l'extrait de nicotiane tant que les douleurs revenaient de temps en temps.

Les règles étaient devenues normales ; l'appétit était

bon et les forces augmentèrent peu à peu. L'insomnie persista plus longtemps.

Le redresseur fut porté pendant cinq mois ; depuis, il n'y a pas eu de récidive et l'utérus est encore droit aujourd'hui (1863). »

Ce cas est, nous devons le dire, un cas exceptionnellement heureux, car, d'autre part, on voit des malades porter le redresseur pendant un an et plus, sans aucun résultat appréciable, ce qui dépend, en partie, de l'ancienneté du mal. Lorsqu'il y a déjà atrophie d'une des parois, il est clair que quand même la guérison serait possible, elle demanderait un temps beaucoup plus long. Un autre élément, dont il faut tenir compte, c'est la susceptibilité individuelle : en effet, il a été remarqué déjà du temps de Valleix, que plus la réaction était forte et plus le résultat était certain au point de vue de la guérison.

La récidive s'observe souvent ; mais, d'après Hartmann, la flexion, dans ce cas, n'atteint jamais un degré aussi prononcé que celui qu'elle avait avant le traitement. La récidive est possible, même après un an, comme le démontre l'observation II de M. Tarnowsky ; quant à Valleix, il l'a vue se produire dans un cas après deux ans et demi.

L'heureuse influence de la grossesse et surtout des grossesses répétées, déjà admise par Mme Boivin, est confirmée par les auteurs modernes tels que MM. Goupil, Scanzoni, Holz et d'autres ; mais elle n'est pas absolue.

Scanzoni rapporte que sur trois femmes qui avaient une antéflexion et qu'il a vu devenir enceintes, deux seulement ont été guéries après l'accouchement ; chez la troisième, au contraire, l'état n'a fait qu'empirer.

Les cas de Holz, déjà cités, donnent une proportion encore moindre : ainsi, sur sept femmes, trois seulement ont été guéries, et chez l'une d'entre elles, la guérison n'eut lieu qu'après le second accouchement. Holz fait fait remarquer que dans ces circonstances l'involution est plus lente à se faire, qu'elle est aussi moins régulière et que, par conséquent, elle demande à être surveillée avec un soin tout particulier. De plus, il a observé que si la conception a eu lieu malgré la persistance des phénomènes inflammatoires, la femme est sujette à avoir des tranchées utérines provoquées par la moindre fatigue et que l'avortement lui-même est fréquent dans ces cas.

De cette remarque de Holz, il résulte qu'on doit chercher avant tout, de faire disparaître les phénomènes inflammatoires, d'autant plus que, comme nous l'avons vu, ces phénomènes suffisent à eux seuls pour empêcher la conception. C'est là, d'ailleurs, l'indication la première à remplir en toute hypothèse, car il est fort dangereux d'employer un moyen contentif quelconque, tant qu'il existe la moindre trace d'une inflammation aiguë soit de l'utérus lui-même, soit des annexes.

Nous ne nous arrêterons pas à décrire les moyens qu'on doit employer à cet effet, ces moyens étant suffisamment connus, et nous nous supposerons en présence d'une flexion qui n'est compliquée ni d'inflammation aiguë, ni d'adhérences péritonéales, l'organe étant absolument indolent et mobile (1).

(1) B. Schultze et d'autres auteurs allemands considèrent qu'on peut faire résoudre les adhérences elles-mêmes au moyen de l'iode *intusa* et *extra* et des douches vaginales chaudes. Nous donnons cette opinion sous toutes réserves, car nous n'avons pas trouvé dans la littérature une observation démontrant le fait.

L'indication, ici, est d'abord de restituer à l'organe sa forme naturelle, afin de faire disparaître la compression veineuse et la stase qui en est la conséquence, ensuite de déterminer des contractions utérines dans le but d'activer la circulation dans l'organe et d'obtenir, par là même, l'exagération de l'activité nutritive.

Les moyens mis à la disposition du praticien, sont d'un côté les tampons et les pessaires extra-utérins ; de l'autre, les excitants locaux et généraux. Les pessaires intra-utérins réunissent les deux modes d'action.

Redressement de l'utérus. — Avant d'introduire un pessaire, il importe de faire le redressement de l'utérus; le redressement peut se faire soit avec la sonde, soit avec l'élévateur de Sims, soit tout simplement avec le doigt.

Lorsqu'on redresse l'utérus avec la sonde, on fait décrire à l'organe un grand arc de cercle, et on risque ainsi de déchirer des adhérences ; de plus le poids de l'organe repose la pointe de l'instrument seulement, ce qui peut amener des contusions et même des érosions de la cavité utérine. Ces inconvénients sont évités dans l'élévateur de Sims ; aussi M. Tarnowsky en conseille-t-il l'emploie, de préférence à celui de la sonde (1).

L'élévateur de Sims n'est autre chose qu'une sonde qui est articulée à la distance de deux pouces de son extrémité utérine. Au moyen d'un curseur mobile, l'extrémité coudée peut être redressée, et l'utérus est ainsi soulevé en ligne droite ; une boule située immédiatement au-dessous de l'articulation, soutient dans ce

(1) M. Tarnowsky a fait dans l'élévateur de Sims une légère modification qui lui permet de mesurer l'angle formé par l'utérus et le vagin.

système le poids de l'organe. Notons encore que la portion intra-utérine de la tige agit par toute sa surface, et que d'après M. Tarnowsky, il est facile d'apprécier la plus légère adhérence (1).

Nous n'avons vu signaler aucun accident causé par l'emploi de l'élévateur de Sims, qui a été, du reste, hâtons-nous de le dire, peu usité encore jusqu'ici ; quant au cathétérisme redresseur, il compte un certain nombre de victimes, et sans entrer dans des détails sur le cas rapporté par M. Broca, à l'Académie, en 1854, nous jugeons intéressant de reproduire tout au long un cas cité par Martin (2), qui est fort instructif :

« Mme P. âgée de 40 ans, bien portante dans son enfance, a été réglée à 15 ans : menstruation régulière, mais abondante ; douleurs sacrées au moment des époques, est accouchée sept fois ; première couche il y a dix-neuf ans ; la dernière eut lieu il y a quatre ans ; elle fut pénible, et on fut obligé de faire la version, suite de couches mauvaises. Depuis cette époque, il y a aggravation des douleurs sacrées et menstruelles, constipation, fleurs blanches abondantes, dépérissement progressif.

« C'est dans cet état que la malade entra à la Clinique, le 9 juillet.

« Au toucher nous trouvons : un prolapsus de la paroi postérieure du vagin, avec légère rectocèle vaginale ; le vagin est recouvert d'un mucus filant ; la portion vaginale regarde en haut et en avant, et derrière on sent le corps de l'utérus dans le cul-de-sac postérieur. Longueur de la cavité utérine : 9 cent. 1/2.

« Le 29 juillet, je redressai l'utérus avec la sonde;

(1) Tarnowsky. L. c., p. 75.
(2) Martin. L. c. p. 56.

j'ordonnai des injections au tannin, des bains de siége tiédes avec infusion de feuilles de chêne et alun; une nourriture fortifiante, et j'interdis formellement le décubitus dorsal.

« Le 1er août, la malade se plaignit, pendant la visite, de douleurs très-intenses, qu'elle ressentait dans la région sacrée et dans le bas-ventre ; elle affirmait que ces douleurs étaient survenues la veille, au soir, après que trois docteurs assistants l'eurent eu sondée en mon absence. Comme elle avait aussi de la fièvre, de la chaleur, de la soif et un violent mal de tête, j'ordonnai une saignée locale, des compresses froides et des injections calmantes. Le lendemain, l'état s'était amélioré en quelque sorte, mais il y avait persistance de la fièvre et des douleurs. Vers le milieu de septembre, la malade était considérablement affaiblie par suite de vomissements fréquents, d'inappétence et de fièvre; constipation opiniâtre. Dans le cul-de-sac postérieur, on sentait une tumeur immobile, douloureuse, non fluctuante. Un érysipèle ambulant se développa bientôt, et la constipation fit place à une diarrhée profuse.

« Le 1er octobre la malade était sans connaissance : extrémités froides; pouls, 140. Le 4 octobre elle succomba.

« A l'autopsie qui fut faite le 4, on trouva : 1° *organes thoraciques*, poumon droit infiltré au sommet; sérosité spumeuse dans le reste du poumon droit et dans le poumon gauche. Cœur petit, pâle, peu de sérosité dans le péricarde; 2° organe du bassin ; les intestins contenus dans le petit bassin étaient adhérents entre eux; quelques anses intestinales adhéraient entr es elles. La vessie adhérait au péritoine ; l'intestin grêle adhérait à la portion supérieure du rectum, et le corps de l'utérus adhérait au

rectum. La vessie, très-distendue, contenait une grande quantité d'urine foncée. Le corps de l'utérus était augmenté de volume ; aux reins se trouvait une cavité remplie de pus, grande comme une tête d'enfant, et qui remontait jusqu'au promontoire. Les parois de cette cavité étaient constituées par les parois des intestins devenus gangréneux ; la paroi antérieure de l'utérus et la paroi postérieure de la vessie.

« Le rectum était perforé en deux points, de même que le vagin qui présentait sur la paroi postérieure une ouverture grande comme quatre sous. Le contenu de cette cavité était formé de masses noirâtres. La muqueuse du gros intestin était normale, de même que celle de la vessie. Ovaire gauche très-petit; à la place de l'ovaire droit, tumeur ayant l'apparence d'une tumeur graisseuse. Il est probable que la cavité qui contenait le pus avait été plus grande avant qu'elle n'ait perforé le rectum et le vagin, et qu'elle était le produit de suppuration d'un hématome qui s'était formée à la suite du cathétérisme imprudent qui avait été pratiqué le 31 juillet. »

Cette observation démontre les dangers du cathétérisme utérin lorsqu'il est fait d'une manière intempestive et qu'il est trop souvent répété. Valleix, lui aussi, cite un cas où une métrite faillit être la conséquence du cathétérisme pratiqué par plusieurs personnes en une seule séance.

Il est des cas cependant dans lesquels le cathétérisme utérin a amené des accidents, même lorsqu'il a été pratiqué avec une extrême prudence. Ainsi Huguier raconte l'exemple d'une femme chez laquelle le cathétérisme, pratiqué une seule fois, amena une métrite assez

grave. Cette femme eut ensuite toute sa vie une susceptibilité locale très-grande.

Comme exemple d'une tolérance exceptionnelle, au contraire, nous pourrions raconter l'histoire d'une malade, native de la Sibérie, à laquelle Hartmann (1) avait appris à se redresser l'utérus avec la sonde, chose que cette dame accomplissait avec une dextérité remarquable, dit cet auteur, toutes les fois que cela était nécessaire.

Le point important serait de savoir distinguer, à l'avance, les cas où on peut s'attendre à une susceptibilité individuelle très-grande; sur ce point, nous n'avons trouvé aucune indication chez les autres auteurs, et nous nous demandons si la susceptibilité locale est en rapport avec la susceptibilité générale, ou si la façon dont s'accomplissent les fonctions de l'organe ne pourrait pas permettre de former une prévision à cet égard.

En félicitant Martin des succès brillants qu'il obtenait au moyen du traitement intra-utérin, Scanzoni remarquait, non sans une teinte d'ironie, que les utérus des femmes de Berlin étaient, sans doute, moins irritables que ceux des femmes de Wurzboug. Cette idée du gynécologue allemand est peut-être plus sérieuse qu'elle n'en a l'air, et la question de race n'est peut-être pas sans importance. Ce qui nous confirme dans cette idée, c'est que, si nous en croyons une brochure publiée récemment en Italie, le traitement intra-utérin inspire dans ce dernier pays une répulsion au moins égale à celle éprouvée en France; tandis que dans les pays plus

(1) Hartmann. L. c., p. 89.

(2) Patologia e cura delle flexione dell'. utero studiate nello stato di vacuita di quest, organo pel dott. Achille Fari. Napoli, 1876.

tempérés, le nombre de ses partisans est assez nombreux.

Dans la grande majorité des cas, le redressement de l'utérus peut se faire avec le doigt, suivant la méthode indiquée par Sims, que nous avons vu employer avec succès par le D[r] Sokolowski, de Saint-Pétersbourg, et que, nous-même, nous avons employée en sa présence; nous avons ainsi pu constater à plusieurs reprises que, dans la rétro flexion surtout, le redressement de l'utérus peut procurer aux femmes un soulagement immédiat.

Dans l'anté flexion, Sims (1) conseille la manœuvre suivante :

La malade étant dans le decubitus dorsal et la vessie ayant été vidée au préalable, on introduit l'index gauche au fond du col du sac antérieur qu'on refoule en avant et en haut; le col suit dans la même direction ce qui fait sortir le fond de l'organe de la place qu'il occupait derrière le pubis. On fait ensuite pénétrer les bouts des doigts de la main droite placée à l'extérieur, en arrière du pubis, de façon à ce que les doigts des deux mains sentent qu'il n'y a rien entre eux que les parois de l'abdomen et les parois plus minces encore de la vessie et du vagin.

Pendant que la main droite est ainsi fermement maintenue à la place même occupée par le fond de l'utérus, on glisse vivement l'index gauche dans le cul de sac postérieur, que l'on pousse en avant jusqu'à ce que le doigt soit venu se loger derrière le col. On l'élève ensuite pour ainsi dire à la hauteur du bout des doigts de la main droite, avec lesquels on presse le fond et l'on

(1) Sims. Chirurgie utérine, p. 289.

renverse tout l'organe en arrière en le soulevant presque au contact avec les parois abdominales.

Dans la rétroflexion, on soulève le col avec l'index jusqu'à ce que un orifice regarde la concavité du sacrum, et à mesure que le fond se relève, on le saisit avec la main placée à l'extérieur, à travers les parois de l'abdomen et on le tire en avant.

Si on ne réunissait pas à faire le redressement d'une retroflexion, la femme étant dans décubitus dorsal, on lui ferait prendre la position coude-genoux.

Tampons. — Mme Boivin maintenait l'utérus réduit au moyen d'éponges qu'elle introduisait soit dans le cul de sac postérieur, soit dans le cul de sac antérieur, selon la variété de flexion à laquelle elle avait affaire. Les éponges présentent un grand inconvénient, celui de prendre une odeur mauvaise dès qu'elles ont séjourné quelques heures dans le vagin : aussi, leur préfère-t-on aujourd'hui des tampons de ouate imbibée de glycérine, lesquels, grâce au pouvoir absorbant dont jouit cette substance, facilitent le dégorgement des tissus. Joints au repos dans une position appropriée et à l'usage du seigle ergoté à la dose de 25 à 50 centigrammes, en 24 heures, les tampons ont un effet rapide dans les flexions post partum de date tout à fait récente.

Pessaires extra-utérins. — Les pessaires extra-utérins ont sur l'utérus un effet surtout mécanique : en redressant l'angle formé par le corps et le col, ils diminuent la compression veineuse et facilitent par là même la circulation de retour. Il est peu probable qu'ils excitent en même temps des contractions utérines; aussi, n'ont-ils un effet curatif que lorsqu'ils sont asso-

ciés à des moyens excitants, tels que : le seigle ergoté, l'électricité, les douches vaginales et même, d'après Graily Hewitt, le cathétérisme utérin.

On les emploie aussi dans le but de faciliter la conception et, lorsqu'elle est survenue, on doit laisser le pessaire en place jusqu'au 3e et 4e mois de la grossesse.

Enfin, ils sont indiqués comme palliatifs dans les cas qui sont restés rebelles à toute espèce de traitement et nous rappellerons, à ce sujet, l'histoire si caractéristique racontée à l'Académie par Hervez de Chégoin :

« Une dame vint me consulter il y a environ 2 ans dit Hervez de Chégoin, et me tint un langage peu académique, il est vrai, mais que je demande la permission de reproduire, car il est frappant :

« Je suis malade depuis 2 ans, disait-elle, depuis la couche de ma fille. J'ai déjà consulté 9 médecins, vous êtes le 10e ; j'en change tous les deux ans ; je n'ai pas l'espoir que vous me guérirez plus que les autres, mais je souffre, je suis riche et je veux me soigner. Pendant deux ans, vous me ferez tout ce que vous jugerez convenable, après ce temps je ne serai probablement pas guérie. J'en prendrai un autre et vous ne vous offenserez pas. »

Cette dame, atteinte de rétroversion avec engorgede l'utérus, fut guérie, mais à condition de porter toujours un pessaire. »

Les pessaires qui peuvent remédier aux flexions sont ceux dont la surface est recourbée de façon à ce que l'extrémité qui doit relever le fond soit beaucoup plus élevée que l'autre. Tel est pour la retroflexion le pessaire en pelle de Hervez de Chégoin, qui a rendu des services entre les mains d'Aran et de Huguier, et parmi les pessaires modernes le pessaire de Hodge, celui

de B.-J. Schultze, Graily Hewitt Thomas, etc.

Quant aux anneaux ronds et ovales, dont toute la surface est contenue dans un même plan comme l'anneau de Desormeaux, de Dumontpallier, etc., ils ne peuvent convenir qu'aux prolapsus et tout au plus aux versions; de plus, comme ils agissent en distendant le vagin, ils détruisent peu à peu l'élasticité de ce conduit, de sorte qu'après avoir introduit un anneau d'un certain calibre, on est obligé quelque temps après d'en prendre un autre plus grand. On conçoit que dans ces conditions, les ulcérations et même les perforations soient à craindre, et c'est, en effet, ce qui est arrivé plus d'une fois; aussi, croyons-nous qu'en tous points, les pessaires-leviers sont préférables. Ces pessaires, d'ailleurs, jouissent d'une grande vogue aujourd'hui, tant en Allemagne, qu'en Angleterre et en Russie; en France, M. Galard en a récemment introduit l'usage et en a obtenu de fort bon résultats (1).

Les pessaires de Hodge s'emploient dans la rétroflexion comme dans la rétroversion; ils agisseut comme un levier du 1er genre, prennant son point d'appui sur les parois latérales du vagin; le bras postérieur du levier soulève le fond de l'utérus, tandis que le bras antérieur vient s'appuyer sur la paroi antérieure du vagin. Hodge conseille de choisir le pessaire aussi petit que possible, de façon à ce qu'il puisse suivre l'utérus dans ses mouvements et bascule; pour que cet effet soit obtenu, il faut que l'anneau ne vienne pas presser trop fortement sur le pubis.

La longueur du bras postérieur du levier, doit varier avec le volume de l'utérus lui-même et avec l'effet

(1) De la rétroflexion et de la rétroversion et de leur traitement par A. Chammard. Thèse de Paris, 1867.

qu'on veut obtenir : on comprend aisément que plus l'organe sera volumineux et pesant, et plus le bras postérieur devra être long, la courbure étant en même temps moins prononcée ; de plus, M. Tarnowsky conseille de ne redresser l'organe que graduellement (1). Faute de prendre cette précaution, on observerait suivant lui des phénomènes congestifs, tels que des douleurs dans le bas-ventre, des envies fréquentes d'uriner, etc.; il obtient cet effet graduel, en faisant varier les dimensions du pessaire et son degré de courbure.

La direction de l'anneau de Hodge doit être telle, qu'un plan passant par les deux extrémités du levier, soit perpendiculaire par rapport à l'axe du bassin de façon à ce que la pression exercée d'en haut sur les deux bras du levier au moment des efforts agisse à angle droit ; s'il en était autrement, c'est-à-dire si ce plan venait à être oblique, on aurait soit une action trop forte, soit pas d'action du tout, selon que l'extrémité située plus bas qu'il ne faudrait serait l'extrémité postérieure ou l'extrémité antérieure (3).

Le pessaire pourrait aussi, dans ce cas, glisser du vagin, chose qui n'arrive jamais, lorsque sa direction est celle que nous venons d'indiquer.

Les pessaires de Hodge peuvent se faire en alluminium, et ce sont les meilleurs, car ce métal n'est que peu altéré par les liquides du vogin ; mais ils seraient alors d'un prix trop élevé, aussi les fait-on ordinairement avec une spirale recouverte de caoutchouc vulcanisé. Quelle que soit la matière dont est faite le pessaire, il doit être fait sur mesure pour chaque cas particulier.

(1) Après avoir mis un pessaire en place, M. Tarnowsky a l'habitude d'introduire l'élévateur de Sims, afin d'apprécier l'effet obtenu. Il conseille de ne pas aller au delà de 10° à 30° en une seule séance.

(2) Tarnowsky. L. c., p. 65.

Pour prendre mesure, M. Tarnowsky se sert d'une spirale flexible qu'il introduit dans un tube en caoutchouc plus long que la spirale. Après avoir retroussé les bords libres du tube de façon à former manchette, il noue les extrémités de la spirale avec un fil de soie, et il fait ensuite chevaucher l'une sur l'autre les extrémités du tube. Il donne à l'anneau, ainsi formé, la forme d'un parallélogramme, et après lui avoir donné une courbure appropriée, il l'introduit dans le vagin. Si cet anneau provisoire se trouve être de dimensions convenable, M. Tarnowsky le laisse généralement en place pendant quelques jours, afin d'en apprécier l'effet, puis il en fait faire un autre de même dimension, mais avec une spirale plus résistante recouverte de caoutchouc vulcanisé. Quelle que soit l'habileté de l'opérateur, l'introduction du pessaire donne toujours lieu à de légères érosions; aussi M. Tarnowsky donne-t-il le conseil de ne pas le retirer, chaque soir, comme le veulent certains auteurs. Il le laisse générament en place pendant quatre ou cinq semaines, et le retire au bout de ce temps pour le nettoyer et pour le replacer par un autre plus petit si cela est nécessaire.

B. S. Schultze emploie, dans la rétroversion, un pessaire qui nous paraît devoir convenir à la rétroflexion aussi, mais en le disposant autrement que ne le fait cet auteur. Ce pessaire est un anneau ovale, tordu sur lui-même, de manière à représenter un huit de chiffre, et qui, comme le pessaire de Hodge, est recourbé sur sa surface. Le traitement de la rétroversion ne rentrant pas dans notre cadre, nous ne nous arrêterons pas à décrire la façon dont l'emploie B. S. Schulze, qui le décrit, du reste, très au long dans sa brochure (1).

(1) B. Schultze Lageveranderungen der Gebarmutter Sammlung der Clinischen vortrage, nº 50.

De même que le pessaire de Hodge, cet anneau peut agir suivant le principe des leviers, prenant son point d'appui sur les parois latérales du vagin, mais il aurait cet avantage que l'anse la plus petite, située en avant, viendrait contourner le col et exercerait sur lui une traction en avant. De cette façon, l'angle fermé par le col et le corps, serait absolument redressé.

Pour l'antéflexion, on emploie généralement le pessaire de Thomas(1), qui est encore un pessaire de Hodge, muni d'une anse supplémentaire, partant du bas postérieur du levier, et se dirigeant vers le cul-de-sac antérieur; c'est cette anse qui soulève le fond de l'utérus. Elle est fixée sur l'anneau au moyen d'une articulation élastique, et elle s'applique sur lui au moment de l'introduction du pessaire; en faisant varier la longueur de l'anse, on peut obtenir le redressement graduel de l'organe. Ce pessaire soulève bien le fond de l'utérus; mais il ne nous semble pas exercer une traction sur le col, ce qui nous paraît indispensable pour réduire une flexion. Nous croyons donc qu'il convient à l'interversion bien plus qu'à l'antéflexion; on l'emploie, cependant dans cette dernière déviation, faute d'en avoir un meilleur.

Faradisation de l'utérus. — Fano (2) a préconisé, en 1859, l'électrisation de l'utérus dans l'état de flexion de cet organe; le manuel opératoire qu'il conseillait était le suivant :

On adapte à l'un des réophores une tige en cuivre, longue de 20 centimètres, enveloppée de caoutchouc, isolant, et terminée par une boule olivaire; on fait prendre à la femme le décubitus dorsal, et le spéculum

(1) Gaillard Thomas. Diseases of women, p. 368.
(2) Union médicale, 1859, p. 313.

ayant été introduit, on applique un des réophores sur la région inguino-pubienne, dans le voisinage du ligament rond; l'autre est appliquée sur le col, tantôt dans le cul-de-sac antérieur, tantôt dans le cul-de-sac postérieur, aussi haut que possible. Dans l'antéflexion, il importe, d'après Fano, d'électriser les fibres longitudinales postérieures; c'est pourquoi, on portera le réophore dans le cul-de-sac postérieur; dans la rétroflexion, au contraire, on portera le réophore dans le cul-de-sac antérieur, afin d'électriser les fibres longitudinales antérieures.

On voit que Fano n'était préoccupé que du redressement de l'utérus, et qu'il ne cherchait pas à produire une suractivité fonctionnelle dans la portion du tissu utérin qui est atrophiée. Si on combinait l'action mécanique d'un pessaire extra-utérin avec l'action excitante d'un courant électrique, on aurait à suivre le procédé inverse, c'est à-dire, que dans l'antéflexion, on électriserait les fibres longitudinales antérieures, *et vice versà*.

Fano se servait de l'appareil Legendre et Morin, qui lui permettait de graduer l'effet; il conseille de débuter par un courant faible. Aussitôt que le circuit a été fermé, la malade accuse une sensation de fourmillement; en même temps, dit Fano, l'utérus se contracte, durcit et même se redresse.

Fano ne semble pas voir observé des accidents inflammatoires, en employant la méthode que nous venons de voir; tel n'a pas été le cas pour Hildebrandt (1) qu rejette l'usage des courants induits à cause des périmétrites qu'il a vues en être la conséquence; pour les courants constants, il dit les avoir trouvés inefficaces, peut-être faute d'y avoir mis la persistance voulue.

(1) Hildebrandt. Ueber Retroflexion des Uterus, p.

Quant aux résultats donnés par Fano, ils nous semblent trop rapides pour qu'on puisse croire à leur persistance, car il est difficile d'admettre qu'en quatre ou cinq séances d'électricité on obtienne la guérison d'une flexion qui n'est pas même récente. Les observations publiées par cet auteur sont au nombre de quatre, seulement, toutes les quatre malades ont été guéries, mais une seule d'entre elles s'est représentée deux mois après sa sortie de l'hôpital; les autres ayant été perdues de vue. Chez cette dernière, la guérison avait persisté, mais il y a lieu de se demander si l'utérus n'était pas, dans ce cas, soutenu par des anses intestinales, chose qui arrive quelquefois, lorsque cet organe a été redressé.

Bien que nous ne puissions croire à des résultats aussi brillants, nous croyons néanmoins que l'idée est féconde; aussi sommes-nous étonné de voir que de nouvelles tentatives n'aient pas été faites dans la même voie. C'est, sans doute, parce que le traitement, ne pouvant pas manquer d'être fort long, il demande une persévérance très-grande, et de la part de la malade et de la part du médecin.

Cathétérisme utérin. — Le cathétérisme utérin, à titre d'excitant, l'utérus étant d'ailleurs maintenu en place par un pessaire extra-utérin (1), est employé par Graily Hewit, qui semble en avoir obtenu de forts bons résultats; cet auteur dit n'avoir recours que rarement aux pessaires intra-utérins.

Dans les flexions récentes, Graily Hewitt obtient la guérison au bout de trois semaine. Dans des flexions plus anciennes, le traitement doit être prolongé pendant plusieurs mois. Le cathétérisme doit être pratiqué

(2) Graily Hewitt. Diseases of woomeu, p. 239.

tous les deux ou trois jours, seulement, et dans certains cas, on ne doit pas introduire l'hystéromètre plus d'une fois par semaine. On le laisse en place cinq minutes d'abord ; puis, en augmentant progressivement de cinq minutes chaque fois, jusqu'à une demi-heure et une heure

On comprend aisément que le cathétérisme, ainsi pratiqué, a moins de dangers que le cathétérisme redresseur, et qu'il est ainsi beaucoup plus efficace, attendu que l'utérus est maintenu redressé par le pessaire extra-utérin, ce qui est utile au point de vue de la circulation dans l'organe.

M. Tarnowsky considère que l'usage répété de la sonde est plus nuisible (1) que l'usage d'un pessaire intra-utérin, à cause des érosions qui ne manquent pas de se produire à chaque fois qu'on introduit l'hystéromètre ; aussi nous sommes-nous demandé, si l'usage d'une tige flexible introduite dans la cavité utérine ne produirait pas le même effet d'excitation. On éviterait ainsi le traumatisme, quelque léger qu'il soit, qui accompagne toujours l'usage de la sonde ; de plus, on éviterait ainsi le redressement brusque de l'organe, qui au dire de certains auteurs (Huguier (2), Tarnowsky), n'est pas exempt de danger.

Pessaires intra-utérins. — Ce fut en 1808, qu'Oziander (3) eut le premier l'idée de redresser l'utérus, au moyen d'une tige rigide. Vingt ans plus tard, Amussat (4) et Velpeau, firent des tentations analogues,

(1) Tarnowsky. L. c., p. 190.
(2) Huguier. L. c., p. 334.
(3) Salzburger med. Zeit., B. IV, p. 67.
(4) V. Quétier. Thèse de Paris, 1828.

mais comme ils eurent à déplorer des accidents très-graves, ils abandonnèrent bientôt cette méthode. En 1848, Simpson (1) publia la description de trois redres seurs intra-utérins, qu'il disait avoir employés dans certains cas avec succès; ce fut alors que Valleix entreprit, à son exemple, un mode de traitement qui amena un si grand nombre de résultats fâcheux. De même que ses devanciers, Valleix ne recherchait dans les tiges intra utérines que l'effet purement mécanique; aussi les employait-il indifféremment dans les versions, comme dans les flexions; or, en expliquant leur mode d'action, comme on l'explique aujourd'hui, on ne comprend nullement leur usage dans les versions.

Valleix avait pressenti cependant d'une manière vague, que l'effet du redresseur pourrait bien être en même temps un effet d'excitation; d'autre part, il avait noté qu'il obtenait des résultats meilleurs dans les flexions que dans les versions (2), mais faute d'avoir su relier ces deux idées, il employa son mode de traitement, si dangereux, dans un grand nombre de cas, où des pessaires extra-utérins, joints à des moyens excitants, n'agissant pas directement sur la cavité utérine eussent amplement suffi.

Dans la discussion qui eut lieu à l'Académie, en 1854, sur le traitement qu'il convient d'opposer aux déviations utérines, Dubois a émis cette opinion que l'effet des tiges intra-utérines était probablement, en partie, un effet d'excitation; tel est aussi le point de vue auquel se place M. Huguier, qui conseilla le cathétérisme utérin dans les cas d'aménorrhée. C'est, du reste, également l'effet que M. Courty cherche à obtenir par son

(1) Dublin Journal, mal 1848.

(2) Gaz. des Hôpitaux 1852, p. 55.

redresseur galvanique, au moyen duquel il dit avoir obtenu des améliorations, si ce n'est des guérisons.

Parmi les auteurs allemands qui se sont occupés du traitement intra-utérin, Winkel (1) a décrit plus nettement que les autres cet effet d'excitation : « Toutes les fois qu'un pessaire a été introduit dans la cavité utérine, dit cet auteur, on observe toutes le dix, quinze ou vingt minutes, des contractions utérines qui ont lieu chaque fois que, par suite de mouvements exécutés par la maladie, l'extrémité de la tige vient toucher le fond de l'organe. »

Déjà, avant lui, M. Tarnowsky (2) s'était exprimé à ce sujet, dans les termes suivants :

« Tout corps étranger, lorsqu'il est introduit dans la cavité utérine, produit une suractivité fonctionnelle. Bientôt après l'introduction du redresseur, on observe des contractions utérines, tantôt faibles, tantôt énergiques; dans certains cas rares (3) il se produit une hémorrhagie plus ou moins abondante. Lorsque l'écoulement sanguin vient en conséquence d'érosions causées par l'introduction malhabile de l'instrument, ils se produisent sur l'heure. Vingt-quatres heures plus tard, l'utérus prend une forme globuleuse, le col se raccourcit, l'orifice devient rond.

« Les douleurs cessent ordinairement, ainsi que l'hémorrhagie, quand elle existe, mais la forme globuleuse de l'utérus persiste. Deux ou trois jours plus tard, la

(1) Winkel. Die Behandlung der Flexionen des uterus mit intrauterine Elevatoren. Berlin, 1872.

(2) Tarnowsky. Du traitement mécanique des affections utérines, St-Pétersbourg, 1870.

(3) Cinq sur vingt-quatre; dans quatre cas, il y a eu guérison. Quant au cinquième, c'était le redresseur de Kiwisch qui avait été employé et il a été retiré le troisième jour. V. obs. 5, 6, 8, 11 et 27.

température des organes génitaux s'élève, et on observe un écoulement venant de la cavité utérine ; cet écoulement, qui est abondant, muco-purulent et de réaction neutre, se prolonge de huit à quinze jours. Il diminue ensuite en abondance, et en même temps on le voit changer de nature : il devient plus transparent, plus liquide, et peu à peu sa réaction devient alcaline. A la fin de la troisième ou quatrième semaine, la sécrétion de la cavité utérine devient à peu près nulle ; quelquefois, du reste, elle dure tout le temps. La réaction, l'usage du liquide ne dépend nullement de la substance dont est faite le redresseur, car elle est toujours alcaline, que le redresseur soit en argent, en caoutchouc ou en bois, ou même en cuivre et zinc comme celui de Simpson. »

« Le premier effet du redresseur est de transformer la flexion en version correspondante ; mais deux jours après, l'utérus s'abaisse et la version diminue ou disparaît complétement ; en même temps l'organe augmente de volume et sa position devient plus verticale, comme dans les premiers temps de la grossesse. Un mois ou deux mois après, l'utérus diminue de volume et il s'élève, ce dont on peut s'assurer en mesurant le vagin. En même temps il change de direction, c'est-à-dire que dans certains cas il s'incline en avant, dans d'autres en arrière ou sur le côté.

« La variété de version qui se forme ne dépend pas de la flexion préexistante, comme j'ai eu l'occasion de l'observer plus d'une fois, une rétroflexion pouvant se transformer, par exemple, en antéversion. Cela dépend, selon toute vraisemblance, de l'état des ligaments et du tissu cellulaire environnant. Les règles sont toujours plus abondantes, elles sont aussi plus prolongées ; quelquefois on observe de véritables hémorrhagies. Si la

malade était sujette à avoir des douleurs au moment des règles, ces douleurs cessent à tout jamais.

« On ne peut s'empêcher de constater, suivant nous, que les phénomènes que nous venons de décrire sont anaogues à ce qui se produit pendant les premiers mois de la grossesse. En effet, les modifications amenées par le redresseur dans l'utérus, ressemblent tellement à ceux produits par la grossesse, que lorsqu'on a retiré le redresseur, et qu'on touche la femme deux ou trois jours après, il est facile de la prendre pour une femme enceinte au deuxième mois. Après que le redresseur a été retiré, l'utérus diminue peu à peu de volume, en même temps il s'abaisse quelquefois de nouveau légèrement, et dans la majorité des cas il conserve l'inclinaison qu'il avait pendant que le redresseur était en place. Quelquefois il se dévie dans un autre sens et l'antéversion par exemple se transforme en rétroversion ou bien la direction devient verticale. Quant à la flexion, elle ne se reproduit pas, en général, dans le cas où l'instrument est resté en place pendant deux mois et plus. Lorsqu'il y a récidive, ce n'est, en général, qu'après dix mois ou un an. D'autres fois, même après que le redresseur n'est resté en place qu'un temps très-court, la flexion ne se reproduit pas. Chez une femme qui avait une incurvation en avant à un degré très-prononcé, nous avons dû retirer le redresseur quinze jours après son introduction, à cause des douleurs qu'éprouvait la malade et de l'hémorrhagie qui s'était produite, et qui nous a fait craindre une métrite. Ces phénomènes cessèrent raqidement et la flexion fut guérie. Nous ne connaissons pas de signe qui permette de dire à l'avance et d'une façon certaine s'il y aura ou non récidive ; mais d'après ce que nous avons vu, nous croyons que

plus la réaction est intense du côté de l'utérus et plus le succès est assuré.

« Nous n'avons observé qu'une seule fois une métrite due à l'action du redresseur, mais on observe toujours un certain degré d'hyperémie et d'hyperplasie qui est la conséquence nécessaire de ce mode de traitement. Du reste, dès que nous voyons se produire des douleurs d'une intensité trop grande, une élévation de température générale et des hémorrhagies trop abondantes, nous retirons le redresseur. La malade à laquelle nous venons de faire allusion avait une rétroflexion avec métrite chronique et tendances à des poussées aiguës. Bien que depuis quatre mois que nous l'avions eue en traitement aucun accident inflammatoire ne se fût produit, je vis apparaître des symptômes de métrite trois jours après l'introduction de l'instrument. Je retirai aussitôt le pessaire et, huit jours après, la malade était bien portante. Il m'est arrivé plus d'une fois d'observer une congestion intense, accompagnée de douleurs, qui me faisait craindre le développement d'une métrite; mais trois ou quatre sangsues appliquées sur le col et un bain général ont presque toujours eu raison de ces phénomènes. Le plus souvent l'hyperémie ne passe pas à l'inflammation.

« Une complication plus fâcheuse encore est constituée par des ulcérations du col, qui se forment quelquefois deux ou trois semaines après l'application du pessaire. Les cautérisations ne servent à rien en pareil cas, et la seule chose à faire, c'est de retirer l'instrument. Dans certains cas, la tendance à l'ulcération est très-grande : ainsi chez une femme qui avait une antéflexion, j'ai essayé trois fois l'application du pessaire et trois fois j'ai vu paraître des ulcérations. La malade ne présentait ce-

pendant aucune trace de cachexie syphilitique ni autre. »

Voici donc la question nettement posée : l'effet curatif des pessaires intra-utérins consiste non dans leur action mécanique, mais dans l'excitation qu'ils produisent sur la muqueuse utérine. Il s'agit de déterminer une hyperémie, afin d'obtenir une exagération de l'activité nutritive, mais de l'hyperémie à l'inflammation, il n'y a qu'un pas, et si M. Tarnowsky a su éviter jusqu'ici des accidents graves, tel ne serait peut-être pas le cas entre les mains d'un praticien moins habile ; aussi n'oserions-nous, certes, pas recommander l'usage même du redresseur de M. Tarnowsky, qui offre sur celui de Valleix de grands avantages.

Déjà M. Huguier avait remarqué que plus la réaction était vive du côté de l'utérus et plus le succès était assuré quant à la guérison ; ce fait est admis aujourd'hui par tous ceux qui ont eu recours au traitement mécanique, et l'obs. XVI de M. Tarnowsky vient entre autres les confirmer. Ici, le redresseur n'était resté en place que douze jours et avait dû être retiré par suite du développement d'une métrite ; la maladie aiguë, une fois terminée, M. Tarnowsky put constater que la flexion avait disparu et si bien, que six mois plus tard l'utérus avait encore sa direction normale. Deux cas cités par Martin sont plus démonstratifs encore, car ici la guérison a été spontanée par suite d'une métrite, survenue pour cause de refroidissement. Nous ne pouvons nous empêcher de transcrire le plus caractéristique de ces deux faits.

« Mme M... (1), 36 ans, robuste, bien portante, est accouchée huit fois et a fait deux fausses couches, la dernière en mai 1857. Elle s'est relevée quelques jours après et s'étant fatiguée outre mesure, elle fut prise le

(1) Martin. L. c., p. 109.

dixième jour de plusieurs hémorrhagies successives que son médecin ne put arrêter. Appelé vers la sixième semaine, lorsque la malade était profondément anémiée, je trouvai à l'exploration que le corps de l'utérus était antéfléchi tandis que le col était dirigé en arrière. Pas de douleurs, mais faiblesse extrême, palpitations, etc.

J'ordonnai des injections au sesquichlorure de fer et des bains de siége faits avec une décoction d'écorces de chêne. Ayant pris froid dans le quatrième bain dont la température était trop basse, la malade fut prise d'une métrite aiguë qui l'obligea à garder le lit pendant plusieurs jours. Lorsque j'introduisis la sonde quinze jours plus tard, je trouvai que la flexion n'existait plus et la malade fut bientôt complètement guérie quant à son état général. »

Nous avons, maintenant, à passer en revue les pessaires intra-utérins employés à l'origine et ceux qui sont encore en usage aujourd'hui.

Simpson avait construit trois variétés de pessaires : dans la première la tige intra-utérine était réunie par une tige rigide à une plaque, prenant son point d'appui sur la face externe du pubis; c'est cette variété que Valleix modifia en substituant une tige articulée à une tige rigide. Ces redresseurs sont absolument abandonnés aujourd'hui car ils ont l'inconvénient d'immobiliser l'utérus et, de plus, tous les mouvements du tronc sont transmis à cet organe par l'intermédiaire de la tige.

Les mêmes inconvénients existent, bien qu'à un moindre degré, dans la troisième variété de Simpson, constituée par un disque qui se fixe dans le vagin, en distendant ce conduit ; à ce disque est solidement fixée la tige intra-utérine.

Reste la deuxième variété de Simpson qui, sauf légères

modifications, est encore employée en Allemagne. Ce pessaire est composé d'une cupule sur laquelle vient s'appuyer le col utérin et qui est surmontée d'une tige qui pénètre dans la cavité de l'organe. Cet instrument a l'inconvénient de glisser hors de la cavité utérine, et la pratique qui consiste à permettre à la malade de l'y faire rentrer nous paraît une pratique éminemment dangereuse. A cet égard, les tiges à branches divergentes sont préférables, mais comme les points de contact qu'ils ont avec la cavité utérine sont plus considérables, ils excitent les contractions utérines avec une plus grande énergie : aussi Schröder (1) préfère-t-il les tiges simples qu'il fixe au moyen de tampons introduits dans le vagin (2).

La première idée d'un redresseur à branches divergentes, prenant son point d'appui dans la cavité utérine, elle-même, appartient à Kirwisch ; dans le redresseur de Kirwisch comme dans celui de Greenhalgh, les branches intra-utérines de la tige s'écartent par leur élasticité, elles doivent donc être très-fines et peuvent, par leur côté tranchant, léser la substance utérine. Cette circonstance rend cet instrument, qui est aujourd'hui abandonné, excessivement dangereux, et dans un cas Hartmann (3) a même vu l'utérus coupé en deux.

Cet inconvénient n'existe pas dans le redresseur de M. Tarnowsky, dont les branches intra-utérines s'écartent non plus par leur élasticité, mais par la pression d'une vis; mais il est un autre inconvénient que cet instrument possède au même titre que les autres pes-

(1) Schröder. Maladies des organes génitaux de la femme Tr. russe, p. 220.

(2) Tel est aussi le procédé d'Aman. V. Aman, l. c., p. 45.

(3) Hartmann. L. c., p. 80.

saires constitués par une tige rigide et droite destinée à être introduite dans la cavité utérine — il redresse l'organe trop brusquement. Or, nous avons vu qu'il était bon que l'utérus ne soit redressé que graduellement, et que cet effet pouvait être obtenu par un pessaire de Hodge, dont on fait varier progressivement les dimensions et l'angle de courbure. Le même effet pourrait s'obtenir peut-être par une série de tiges non plus droites mais courbes qui ramèneraient peu à peu l'organe à sa forme normale.

Le redresseur de M. Tarnowsky est constitué par un tube en argent dont l'extrémité inférieure s'élargit en cupule ; l'extrémité supérieure du tube s'articule avec deux branches ayant la forme de gouttières. L'extrémité inférieure de ces branches peuvent être rapprochées l'une de l'autre au moyen d'une vis appropriée, et par là même les extrémités supérieures s'écartent. Chaque demi-tour de vis correspond à un écartement des branches égale à $7^{mm},22$. Lorsqu'on introduit le redresseur, les deux branches sont appliquées l'une contre l'autre ; puis on les fait écarter en faisant tourner la vis au moyen d'une clef.

Pour retirer l'instrument, on fait tourner la vis en sens inverse, et de cette façon on fait appliquer les deux branches mobiles l'une contre l'autre.

Quant à la longueur à donner à la tige intra-utérine, M. Tarnowsky la fait de 5^{mm} environ plus courte que la cavité elle-même, et il a soin que le point de jonction des deux branches corresponde au point où siége la flexion.

M. Tarnowsky a publié, en 1870, 24 cas dans lesquels il avait fait usage du traitement intra-utérin. Ces cas se décomposent de la manière suivante :

Arrêt de développement de l'utérus,	3
Antécourbure,	4
Antéflexion avec antéversion,	4
Rétroflexion,	3
Rétroflexion avec rétroversion,	3
Latéroflexion,	1
Antécourbure en fer à cheval,	1
Antéflexion avec latéroflexion,	1
	24

Comme on peut en juger par les observations que nous reproduisons plus loin, M. Tarnowsky a obtenu la guérison dans 13 cas ; dans 7 autres la flexion a été redressée, mais la version a subsisté, ou bien il s'est formé une nouvelle version dans le même sens ; dans un cas la flexion a disparu, mais il s'est formé une version dans le sens opposé ; il y a eu récidive dans deux cas. Enfin dans un cas, le traitement n'a été suivi d'aucun effet (redresseur de Kiwisch, retiré après deux jours). Huit des malades guéries sont devenues enceintes après le traitement.

Les treize guérisons de M. Tarnowsky ne sauraient être considérées comme des guérisons radicales au même titre que celle que nous avons citée plus haut (1). En effet, de ces treize malades une seule s'est présentée un an et demi après que le traitement a été terminé, et nous devons dire que chez elle il n'y a pas eu récidive.

Sur les huit malades, qui sont devenues enceintes, deux seulement ont été revues après l'accouchement, l'une après six mois ; l'autre, après huit mois : toutes deux étaient guéries.

Depuis 1870, M. Tarnowsky a employé quarante-six

(1) V. p. 31, obs. de Hartmann.

fois encore des pessaires intra-utérin, et il a bien voulu nous donner quelques détails par une note manuscrite. Ces cas se décomposent de la façon suivante :

« *Arrêt de dévéloppement de l'utérus.* — 6 cas. 2 femmes sont devenues enceintes, 3 ont été guéries de leur dysménorrhée, dans un cas le traitement n'a pas été suivi de résultat.

« *Antéflexion.* — 21 cas. 7 guérisons, 9 améliorations passagères, mais avec récidive ; deux de ces dernières femmes sont devenues enceintes, mais l'antéflexion s'est reproduite après l'accouchement.

« Cinq autres femmes ne sont pas revenues me voir après que le redresseur a été retiré.

« *Antéflexion avec antéversion.* — 5 cas. 3 guérisons ; dans 1 cas amélioration, dans un cas aucun résultat. Dans tous ces cas le pessaire de Hodge a été employé en même temps que le redresseur.

« *Latéroflexion avec antéflexion.* — 1 cas. Aucun résultat.

« *Rétroflexion.* — 4 cas. 1 guérison, 3 sans résultats. Dans un de ces derniers cas, le Dr Tarnowsky ne comptait par obtenir le redressement à cause de complications coexistantes ; il espérait seulement la guérison de la dysménorrhée ; mais la dysménorrhée elle-même s'est reproduite, bien qu'elle n'ait pas existé pendant la durée du traitement. Une de ces malades a porté le redresseur pendant sept mois.

« *Flexion en fer à cheval.* — 1 cas. Pas de résultat.

« *Atonie et flaccidité de l'utérus.* — 8 cas. Succès complet. 6 femmes sont devenues enceintes. Chez une

malade il y a eu une hyperémie intense avec élévation de la température du corps. Ces phénomènes ont rapidement cédé à des saignées locales jointes à des compresses froides. »

Nous avons jugé intéressant de joindre à notre étude cette note, quelque imparfaite qu'elle soit; elle ne sert à démontrer qu'une chose : l'inocuité relative du traitement intra-utérin entre les mains de M. Tarnowsky. Nous ferons remarquer encore l'efficacité plus grande de ce mode de traitement dans l'atonie des parois utérines (8 sur 8), ce qui concorde absolument avec l'explication du mode d'action, généralement admise aujourd'hui. Notons cependant que si l'efficacité est ici plus grande, le danger augmente en proportion, l'organe étant gorgé de sang; aussi une de ces huit malades a présenté un commencement de métrite.

Le traitement intra-utérin donne encore de bons résultats relatifs dans les cas d'arrêt de dévéloppement de l'utérus : ainsi sur 6 malades 2 sont devenues enceintes et 3 ont été guéries de leur dysménorrhée ; dans un cas seulement le traitement est resté sans résultat. Dans deux cas semblables (1) dont nous rapportons l'histoire en détail, M. Tarnowsky a obtenu un agrandissement notable de la cavité utérine ; les deux femmes sont devenues enceintes; l'une sept mois, l'autre trois semaines après que le traitement eût été terminé. Chez une troisième malade (2), dont la cavité utérine ne mesurait que cent avantle début du traitement, M. Tarnowsky obtint en sept mois des dimensions presque normales 5,8 (3).

(1) V. obs. 1 et 10.
(2) V. obs. 20.
(3) M. Tarnowsky accepte comme longueur moyenne de la ca-

De plus comme dans le cas d'arrêt de développement de l'utérus, l'organe est anémié, les hémorrhagies et la métrite sont moins à craindre; c'est pourquoi Schröder (1) considère que traitement intra-utérin doit être réservé uniquement aux cas de flexions congénitales.

CONCLUSIONS.

I. Les flexions ont plus d'importance que les versions à cause des troubles fonctionnels auxquels elles donnent lieu, et des modificatios intimes qu'elles font subir aux tissus utérins.

II. Les flexions peuvent passer inaperçues au point de vue des symptômes locanx et généraux, tant qu'elles sont à l'état de flexions simples.

III. Les flexions compliquées de métrite chronique donnent lieu à des troubles digestifs, circulatoires et nerveux ; ces flexions dérivent des flexions simples, ou bien elles sont la conséquence d'une métrite chronique, laquelle peut être ainsi tantôt la cause, tantôt la conséquence des flexions utérines.

IV. L'antéflexion, plus commune que la rétroflexion, est, cliniquement, l'espèce la moins importante.

V. Lorsqu'une flexion est compliquée d'état inflammatoire aigu, on doit, avant tout, combattre cet état inflammatoire par les moyens antiphlogistiques ordinaires.

VI. Si l'utérus est fixé par des adhérences on peut,

vité utérine 6 cent.8 ; celle de Martin est de 6 cent.5 ; pour M. Sappey, la moyenne ne serait que de 5 cent.5.

(1) Schröder. L. c., p. 225.

au dire de certains auteurs, faire resoudre ces adhérences par l'iode *intus* et *extrâ* et par des douches vaginales chaudes.

VII. Lorsque l'utérus est absolument indolent et mobile, on doit procéder au redressement de l'organe qui, dans la grande majorité des cas, peut être faite avec le doigt.

VIII. L'utérus, une fois redressé, le praticien a deux indications à remplir : 1° maintenir l'organe en place ; 2° déterminer des contractions utérines à l'effet d'activer les échanges nutritifs des tissus. Les moyens mécaniques ne sont pas des moyens curatifs par eux-mêmes, et il est nécessaire que leur effet soit secondé par celui des excitants ; ils peuvent encore être employés dans le but de faciliter la conception et, dans certains cas, ils tont utiles comme moyens palliatifs.

IX. Lorsque les parois utérines sont flasques, en d'autres termes, lorsqu'il y a atonie de l'utérus, cet organe peut être redressé en une séance ; lorsqu'au contraire le tissu est rétracté au niveau du point fléchi, le redressement doit être fait par gradations. Cet effet ne saurait être obtenu par une tige droite et rigide introduite dans la cavité utérine elle-même, mais il s'obtient pour la rétroflexion par le pessaire de Hodge, dont on fait varier les dimensions et les courbures ; pour l'antéflexion, le même effet peut être obtenu par le pessaire de Thomas, mais nous devons avouer que ce pessaire nous paraît insuffisant.

X. Les moyens excitants sont : le seigle ergoté, les douches vaginales froides, l'électricité, le cathétérisme pratiqué d'une façon méthodique et enfin les pessaires intra-utérins qui sont en même temps des moyens consentifs. Ces moyens, étant plus énergiques les uns que

les autres, le choix de ces moyens doit être en rapport avec les modifications déjà subies par le tissu utérin. il est bon de commencer toujours par les excitants les plus faibles.

XI. Dans les flexions *post partum* de date tout à fait récente, lorsqu'il s'agit de hâter la résorption des fibres musculaires atteintes de dégénérescence graisseuse, le seigle ergoté à la dose de 25 à 50 centigr. en vingt-quatre heures, joint au repos dans une position appropriée et à des tampons qui maintiennent l'organe redressé, suffisent pour assurer la guérison.

XII. Lorsque la flexion est de date plus ancienne et lorsqu'il y a déjà formation d'exsudat interstitiel, le traitement devra être plus long et la femme ne devra pas être condamnée au repos. Dans ces cas, les pessaires extra-utérins sont tout naturellement indiqués, si, d'ailleurs, il n'y a pas contre-indication, c'est-à-dire si l'utérus est absolument indolent et mobile.

Comme moyens excitants, Martin, Hildehandt, Graily, Hewitt conseillent le cathétérisme utérin pratiqué d'une façon méthodique, et nous nous sommes demandé si l'introduction dans la cavité utérine d'une tige souple laissée à demeure dans certains cas, ne produirait pas le même effet d'excitation. Le traumatisme, si léger qu'il soit, qui acompagne toujours l'emploi de l'hystéromètre serait de la sorte évité; de plus, on éviterait le redressement brusque de l'utérus, lequel, au dire de certains auteurs, (Huguier, Tarnowsky), n'est pas exempt de danger.

XIII. Lorsqu'il y a déjà atrophie de la paroi au point où siége la flexion et qu'il s'agit de régénérer des fibres musculaires, la grossesse seule peut produire ce résultat; on a vu, en effet, des flexions disparaître à la suite

d'une grossesse et surtout de grossesses répétées. Peut-être l'usage pendant des mois et des années d'un pessaire intra-utérin peut-il produire le même effet?

XIV. Dans les flexions congénitales compliquées d'arrêt de développement de l'utérus, l'excitation déterminée par les pessaires intra-utérins amène un nouveau déveleppement de l'organe qui, dans 2 ou 3 mois, peut arriver à ses dimensions normales. De plus, comme l'organe est anémié, les hémorrhagies et l'inflammation sont moins à craindre : aussi croyons-nous que dans ces cas le redresseur de M. Tarnowsky rendrait de véritables services.

XV. On ne négligera pas non plus les moyens hygiéniques, et lorsqu'une femme est atteinte d'une flexion utérine, on lui conseillera de ne pas porter des vêtements trop serrés, on l'engagera à surveiller la liberté du ventre et à se livrer à un exercice modéré au grand air.

XVI. En présence d'un mal dont la guérison est pour le moins incertaine, il s'agit avant tout de penser aux moyens prophylactiques; c'est donc à l'accoucheur qu'incombe la tâche de surveiller attentivement l'involution utérine et cela surtout dans les cas où l'on peut prévoir qu'elle sera retardée.

Obs. I. — Antéflexion (1).

Madame O. O..., grande blonde, âgée de 27 ans; les règles sont peu abondantes et ne durent que deux jours. Elle n'a pas eu d'enfant. Dysménorrhée, catarrhe utérin, léger degré de chlorose.

A l'examen, je trouvai les organes génitaux externes peu développés; catarrhe du vagin, liquide de réaction neutre; col petit,

(1) Cette observation appartient au Dr Tarnowsky ainsi que celles qui suivent.

conique, orifice petit et arrondi ; catarrhe du col, liquide abondant et réaction alcaline ; la sonde nº 14 pénètre avec facilité ; l'utérus est petit, mobile ; la cavité mesure 5 centimètres.

Les culs-de-sac sont résistants ; les ovaires ne sont pas augmentés de volume. Le bassin est normal.

Il y a un an, le débridement du col a été fait. Je fis une section transversale de l'orifice externe, et quinze jours plus tard j'introduisis mon redresseur dont voici les dimensions : épaisseur, 5 mm. ; longueur, 4 cent. 1|2 ; distance de la pelote au poids de jonction, 1 cent. 5.

Le mois suivant, les règles furent abondantes. Les douleurs avaient cessé.

Trois mois plus tard, je retirai le redresseur. La cavité utérine mesurait 6 cent.35. Plus de dysménorrhée.

Sept mois plus tard, la malade devenait enceinte.

Obs. II. — Antécourbure.

Madame V. B..., 26 ans, brune, petite, assez maigre ; réglée à 13 ans, menstruation régulière ; les règles duraient cinq jours. Pas de grossesse antérieure. Flueurs blanches, douleurs dans le ventre, constipation. Migraine fréquente du côté gauche.

Catarrhe du col ; lèvre antérieure œdématiée et présentant des ulcérations ; le mucus vaginal est acide, celui du col est neutre ; le fond de l'utérus est presque aussi bas que le col ; longueur de la cavité. 7 cent. 11 ; le redressement s'opère avec peine ; le canal est rétréci et ne laisse passer que la sonde nº 12. Pas d'adhérences.

Je dilatai le canal par une introduction méthodique de sondes. Quinze jours plus tard j'introduisis mon redresseur dont voici les dimensions : épaisseur, 3 mm. 81 ; longueur, 6 cent. 35 ; distance de la pelote au point de jonction, 2 cent.34.

Bientôt après l'introduction de l'instrument, la malade éprouva de légères douleurs qui se calmèrent lorsqu'elle eut pris un bain et des narcotiques. Le mois prochain, les règles furent abondantes et durèrent sept jours. Le traitement se prolongea deux mois.

L'utérus est resté droit pendant un an, puis il se reforma une légère antécourbure avec antéversion.

Obs. III. — Antéflexion.

Madame E. S..., 32 ans, taille moyenne, bonne constitution ; réglée à 14 ans, menstruation régulière, se prolongeant pendant

six jours. Elle a eu un enfant il y a douze ans. Flueurs blanches énesme vésical, constipation. De temps en temps, douleurs dans le ventre qui rappellent les tranchées utérines.

A l'examen, je trouvai un catarrhe du vagin ; liquide à réaction acide ; lèvre antérieure œdématiée, rouge, recouverte de granulations ; catarrhe cervical avec formation de bouchons au niveau de l'orifice ; canal non rétréci. L'utérus forme avec le col un angle de 90° ; longueur de la cavité, 6 cent. 8. La flexion est réductible, mais dès qu'on a retiré la sonde, l'utérus reprend sa forme vicieuse; la paroi antérieure n'est pas considérablement amincie. Les autres parties sont en bon état.

Je cautérisai le col avec du nitrate d'argent et j'injectai dans la cavité utérine une solution de nitrate d'argent.

J'introduisis ensuite mon redresseur dont voici les dimensions : épaisseur, 5 mm. ; longueur, 6 cent. ; distance de la pelote au point de jonction des bronches, 2 mm. 54.

Le mois prochain, les règles furent plus abondantes et lorsque et retirai le redresseur, au bout de sept semaines, l'utérus se trouva dans sa position normale et il l'avait encore dix-huit mois plus tard lorsque je revis la malade, dont la santé générale était absolument rétablie.

Obs. IV. — Antéflexion compliquée d'antéversion.

Madame A. N..., taille moyenne, constitution médiocre. Réglée jà 15 ans, époques régulières. Est accouchée à terme deux fois, et, il y a un an, a fait une fausse couche de trois mois. Depuis ce temps, règles abondantes, douloureuses ; constipation; flueurs blanches ; pesanteur dans le bas-ventre.

A l'examen, nous trouvons un catarrhe vaginal peu accusé ; ulcérations légères du museau de tanche près de l'orifice ; col rouge ; la lèvre antérieure œdématiée présente un ectropion. Catarrhe cervical léger ; utérus en antéversion formant avec le vagin un angle de 70° ; longueur de la cavité 7 cent. 11 ; la flexion siége à égale distance de l'orifice interne et du fond ; l'atrophie de la paroi est peu accusée à ce niveau. Canal non rétréci, mais muqueuse boursouflée et formant des plis nombreux. La réaction du liquide vaginal est légèrement acide, celle du liquide sécrété par le col est neutre.

Sangues sur le col, injections tièdes, simples d'abord, puis au sulfate de zinc ; cautérisation au bichromate de potasse ; sulfate de magnésie à l'intérieur, puis ferrugineux ; scarification de la

lèvre qui présente un ectropion. Quatre semaines plus tard, l'état local s'était tellement amélioré que je me décidai à introduire le redresseur de Simpson (2e variété). Les règles n'augmentérent pas en intensité et l'instrument fut bien supporté à tous les points de vue.

Durée du traitement : trois mois.

Lorsque le redresseur fut retiré, la malade semblait guérie, mais quinze jours plus tard l'antéversion se reproduisit et six mois plus tard la flexion.

Obs. V. — Antécourbure.

Madame O. T..., 23 ans, blonde, scrofuleuse, de taille moyenne. A été réglée à 16 ans ; dysménorrhée; stérilité. Douleurs dorsales et sacrées ; faiblesse générale ; flueurs blanches. La malade a de plus un goitre.

J'introduisis mon redresseur dont voici les dimensions : longueur, 6,09 ; épaisseur, 3 mm. 81 ; distance de la pelote au point de jonction, 2 mm. 54. Douleurs presque aussitôt. Deux jours plus tard, métrorrhagie qui alla en augmentant pendant dix jours ; en même temps, symptômes de métrite. Le redresseur est retiré le douzième jour. Bains généraux et purgatifs. Guérison au bout de onze jours.

A l'examen, nous trouvâmes que la position de l'utérus était normale ; cet état se maintint pendant six mois ; le neuvième mois, la malade devenait enceinte.

Obs. VI. — Antéflexion (infraction).

Madame E. G..., 25 ans, brune, grande, maigre. Réglée à 16 ans; menstruation irrégulière; durée des époques quatre jours. A été enceinte une fois il y a six ans. Flueurs blanches, constipation, douleurs avant l'époque, pesanteur dans le bas-ventre. Monte beaucoup à cheval.

Catarrhe du canal cervical, liquide de réaction alcaline. Le corps forme avec le col un angle très-aigu ouvert en avant ; la paroi antérieure est très amincie au niveau du point où siége la flexion. Le canal n'est pas rétréci ; la longueur de la cavité est de 6 cent. 6 ; les culs-de-sacs sont un peu plus élastiques qu'à l'état normal. Le museau de tanche présente de légères érosions au pourtour de l'orifice ; la grande lèvre est hypertrophiée à droite.

Je cautérisai les érosions au nitrate d'argent, je prescrivis des injections astringentes, et huit jours plus tard j'introduisis mon redresseur. Epaisseur de l'instrument, 5 mm. longueur, 5 c., 8; distance de la pelote au point de jonction, 2 mm. 54. Trois jours plus tard, métrorrhagie qui fut bientôt arrêtée et douleurs dans le ventre qui est légèrement ballonné; quinze jours plus tard, léger état fébrile. Le prochain mois, les règles furent plus abondantes et durèrent pendant sept jours. La malade a porté le redresseur pendant trois mois et demi et a monté à cheval pendant tout ce temps.

Après avoir retiré l'instrument, je constatai que la position de l'utérus était normale; mais quatre mois plus tard, il se produisit une antéversion.

OBS. VII. — Antéflexion.

Madame E. J..., 36 ans, taille moyenne, brune. Réglée à 14 ans depuis, menstruation régulière. Quatre grossesses successives; il y a trois mois, un avortement à 5 mois. Huit jours plus tard, métrorrhagie abondante, qui fut arrêtée au moyen d'injections froides. Depuis, douleurs dans le bas-ventre et menstruation plus prolongée et plus abondante.

La flexion siége au niveau de l'orifice interne; corps augmenté de volume; fond situé plus bas que le col qui est repoussé en arrière. Canal cervical non rétréci; l'utérus peut être redressé facilement, mais abandonné à lui-même il reprend facilement sa forme vicieuse. Longueur de la cavité, 7,62.

J'introduisis mon redresseur dont voici les dimensions : épaisseur, 5 mm. 08; longuenr, 6 cent. 85; distance de la pelote au point de jonction, 2 mm. 54. La malade supporta l'instrument assez bien. Règles non abondantes.

La malade porta le redresseur pendant deux mois et fit ensuite des injections d'eau froide en commençant par 20° R. et en allant progressivement jusqu'à 5° R.

La position de l'utérus fut trouvée normale.

OBS. VIII. — Rétroflexion compliquée de rétroversion.

Madame A. B..., grande, robuste. Réglée à 14 ans; époques irrégulières, dysménorrhée. Pas de grossesse antérieure. Douleurs sacrées constantes, constipation opiniâtre et flueurs blanches.

L'angle de flexion est de 90°; son sommet est un peu au-des-

sus de l'orifice interne. Col conique, repoussé en avant, dirigé presque horizontalement; orifice petit, arrondi. Catarrhe du col; iquide légèrement alcalin. La sonde n° 13 passe avec difficulté. L'utérus est absolument mobile; longueur de la cavité, 7 cent.

Je fis une incision transversale du col, afin de former deux lèvres. Douze jours plus tard, j'introduisis le redresseur de Kiwisch. Le lendemain, douleurs intenses et métrorrhagies. Le jour suivant, les symptômes inflammatoires s'aggravèrent; météorisme, vomissements; pouls 140. L'instrument fut retiré.

Trois semaines plus tard, je proposai à la malade d'introduire un redresseur différent, mais elle n'y consentit pas.

Obs. IX. — Rétroflexion avec rétroversion.

Madame E. G,.., 21 ans, blonde, taille moyenne, assez maigre; parois abdominales très-flasques. Réglée à 16 ans; menstruation rrégulière; époques douloureuses se prolongeant trois jours flueurs blanches à partir de l'âge de 15 ans, augmentant après les époques.

S'étant mariée, elle éprouva aussitôt après le premier rapprochement de violentes douleurs dans le dos et la région sacrée. Ces douleurs s'accrurent tellement en intensité que vingt-quatre heures plus tard je trouvai la malade avec une contracture des membres inférieurs. L'hyperesthésie était telle que le moindre mouvement provoquait des cris.

L'examen fut excessivement pénible, et après avoir chloroformé la malade je fis le redressement de l'utérus. Aussitôt les douleurs cessèrent complètement.

L'utérus n'était plus en rétroversion, mais la flexion avait subsisté. Cinq jours plus tard, la version s'était reformée.

Après avoir redressé l'utérus avec la sonde, j'introduisis le redresseur de Simpson (1re variété). La malade après l'avoir porté pendant quinze jours se plaignit de la gêne que lui causait la portion extérieure de l'instrument; celui-ci fut remplacé par le redresseur de Martin (2e variété) qui resta en place pendant deux mois. Epoques régulières et non douloureuses.

La position de l'utérus resta normale après que l'instrument fut retiré. Trois mois après, la malade devenait enceinte.

Obs. X.—Antéflexion légère et arrêt de développement de l'utérus.

Madame A. A..., grande, assez maigre; époques régulières. Règles peu abondantes, ne durant que deux jours. Pas de gros-

sesse antérieure. Anémie, flueurs blanches, constipation, maux de tête, spasmes dans la gorge et dans la poitrine avant les époques. Par suite de sa profession, la malade mène une vie sédentaire.

A l'examen je trouvai un col conique, long de 1 cent. 9 assez ferme, avec un petit orifice arrondi ; le canal n'a pas sensiblement rétréci ; la sonde n° 15 passe avec difficulté ; l'utérus est légèrement antéfléchi ; longueur de la cavité, 5 cent. 58. Léger catarrhe du col ; liquide de réaction légèrement acide ; ovaires non augmentés de volume ; culs-de-sac assez résistants.

J'introduisis mon redresseur dont voici les dimensions : longueur, 5 cent.; distance de la pelote au point de jonction, 2 cent.; épaisseur, 5 mm.

Deux jours après, la malade eut de légères douleurs dans le bas-ventre, qui cédèrent à l'emploi des bains. Le prochain mois, les règles durèrent cinq jours, furent assez abondantes et non douloureuses. La malade porta le redresseur pendant trois mois. Aussitôt après l'avoir retiré, je fis une incision transversale de l'orifice externe. La réaction du liquide sécrété par le col est devenue alcaline six jours après l'introduction de l'instrument. Le traitement terminé, la cavité utérine mesurait 7 cent. 11.

Trois semaines plus tard, la malade est devenue enceinte.

Obs. XI. — Antéflexion avec antéversion.

Madame A. J..., 20 ans, taille moyenne, pâle, assez maigre ; réglée à 14 ans, époques irrégulières durant cinq jours, quelquefois douloureuses. Pas de grossesse antérieure. La malade a du prurit vulvaire, des flueurs blanches, des envies fréquentes d'uriner, de la constipation ; la marche est pénible. Tous ces symptômes se sont aggravés depuis que la malade est mariée, c'est-à-dire depuis un an.

A l'examen, je constatai : blennorrhagie vulvaire, hypertrophie du clitoris. Catarrhe du vagin, léger catarrhe cervical. Le corps est fléchi un peu au-dessus de l'orifice interne. Pas d'atrophie de la paroi. Longueur de la cavité utérine, 7 cent. ; canal non rétréci. Utérus absolument mobile et légèrement antéfléchi. La réaction du liquide vulvaire est alcaline, celle du vagin acide, celle du col neutre.

Je fis l'amputation du clitoris et je badigeonnai avec une solution faible de nitrate d'argent. Quinze jours plus tard, j'introduisis le redresseur de Martin (2e variété). Douleurs dans le bas-

ventre et deux jours plus tard légère métrorrhagie qui dura dix heures. Le prochain mois, les règles furent plus abondantes que d'habitude et durèrent sept jours. Le prurit avait cessé. La malade porta le redresseur pendant deux mois et demi et prit des ferrugineux pendant tout ce temps-là.

La flexion est guérie, mais il reste une légère antéversion.

Obs. XII. — Rétroflexion.

Madame E. S..., 36 ans; taille moyenne; réglée à 14 ans; époques régulières. A été enceinte quatre fois et les deux dernières fois a eu un avortement au troisième mois; la dernière fausse couche date de sept mois. Douleurs dans la région sacrée, flueurs blanches, faiblesse des extrémités inférieures; règles très-abondantes se prolongeant jusqu'à six jours.

Catarrhe du vagin et du col. Utérus rétrofléchi au niveau de l'orifice interne; le corps peut être senti plus bas que le col. Ectropion des lèvres de l'orifice; érosions ; canal non retréci. Longueur de la cavité 7 cent. 62. L'utérus mobile peut être redressé facilement. La réaction du liquide sécrété par le col est légèrement acide, celle du mucus vaginal est franchement acide.

Je fis une incision longitudinale des lèvres ectropiées. Je cautérisai le museau de tanche avec du salfate de cuivre et je fis une injection de sulfate de zinc. Trois semaines plus tard, j'introduisis mon redresseur dont voici les dimensions : longueur 6 c. 35 ; épaisseur 5 mm. ; distance de la pelote au poiut de jonction 2 c. 54. Les règles ne devinrent pas plus abondantes. Quinze jours plus tard je constatai une légère retroversion. J'introduisis un anneau de Hodge recourbé de façon à former un angle de 100°. Le redresseur fut retiré au bout de 2 mois et l'anneau au bout de 4 mois. La malade a pris tout le temps des injections d'eau froide en commençant par 20° R. et en descendant progressivement jusqu'à 5° R.

La flexion a disparu, mais la version a subsisté. J'ai revu la malade un an plus tard et je constatai que l'état général était bon.

L'utérus fut de cette façon redressé, mais resta en légère latéroversion.

Guérison. Au bout de huit mois, la malade devint enceinte.

Obs. XIII. — Antéflexion avec latéroversion.

Madame S. G..., 36 ans, taille moyenne; réglée à 14 ans, menstruation régulière. A été enceinte une fois, il y a neuf ans. Après ses couches, elle a souffert longtemps de douleurs dans le basventre. Les règles ont été plus abondantes pendant les quatre

années suivantes, puis dysménorrhée. De plus, douleurs dans la jambe gauche et flueurs blanches.

Antéflexion siégeant au niveau de l'orifice interne; le fond est incliné à gauche et le col à droite. L'utérus n'est pas complètement mobile, cependant il peut être ramené dans sa position normale. La flexion peut être redressée, bien que ce ne soit pas facile. Catarrhe du col, érosions au pourtour de l'orifice. Cul-de-sac antérieur peu élastique, induré; cul de sac postérieur normal. Canal du col non rétréci, liquide réaction à alcaline, celui du vagin est acide.

J'ai supposé une induration du tissu cellulaire plutôt que de véritables adhérences et j'ordonnai l'iode *intus* et *extra*. Au bout de cinq semaines l'induration a disparu; l'utérus devient absolument mobile; les érosions ont disparu et le catarrhe a diminué d'intensité. J'introduis le redresseur de Martin (2e variété) qui reste en place pendant trois mois. Règles plus abondantes; douleurs de la jambe ont cessé.

La position de l'utérus n'est pas absolument normale, fonds légèrement incliné à gauche et col à droite. La femme est devenue enceinte huit mois plus tard.

Obs. XIV. — Antéflexion avec antéversion. Guérison.

Madame A. F..., 31 ans, taille moyenne, bonne constitution. Réglée à 14 ans; époques régulières. A eu quatre enfants. Dernière couche, il y a huit mois; le placenta était adhérent à la partie supérieure de la paroi antérieure.

Pelvi-péritonite avec induration au niveau du cul-de-sac antérieur. Cette induration a disparu grâce à un traitement approprié. Il se forme une antéversion; infarctus du fond et de la paroi antérieure au niveau de l'attache du placenta. A la fin du septième mois antéflexion.

Le fond infarcté est plus bas que le col qui est repoussé en arrière. Longueur de la cavité 7 cent. 62; catarrhe cervical; canal non rétréci. Lèvre antérieure œdématiée, rouge et recouverte d'érosions; liquide à réaction alcaline. Léger catarrhe du vagin; liquide légèrement acide. Utérus tout-à-fait mobile. Paroi peu atrophiée au niveau du point où siége la flexion.

Sangsues sur le col, badigeonnage avec de la liqueur de Belloste; injections tièdes émollientes, trois semaines plus tard mon redresseur (3e variété), longueur 6 cent. 35, distance de la peloste au point de jonction 2 cent. 54, épaisseur 5 mm. 08. La malade le porta cinq semaines. A la fin de la deuxième semaine, j'ajoutai un anneau de Hodge qui resta en place huit semaines.

La flexion est guérie. L'axe de l'utérus forme avec l'axe du vagin un angle de 90°.

Obs. XV. — Antécourbure.

Madame A. N..., 27 ans, taille moyenne, réglée à 13 ans, d'abord d'une façon irrégulière ; mais à partir de 18 ans, époques régulières, durée trois jours, douloureuses. A été mariée pendant deux ans, est devenue veuve ; s'est remariée il y a trois ans. N'a pas été enceinte. Constipation, flueurs blanches, douleurs au moment des époques, datant de huit à neuf ans. A pris pendant longtemps des douches froides vaginales, mais sans succès.

Antécourbure; longueur de la cavité, 5 cent. 84 ; paroi antérieure atrophiée dans toute son étendue ; le fond est plus bas que le col ; col conique, canal rétréci ; orifice rond, petit, catarrhe cervical, liquide légèrement acide ; celui du vagin plus acide encore, utérus légèrement mobile ; mais le redressement est difficile.

Hystérotomie. Incision transversale de l'orifice et cautérisation de la plaie au nitrate d'argent. Introduction de sondes graduées pendant trois semaines ; puis mon redresseur (3e variété), longueur totale, 5 centim.; or distance de la pelotte au point de jonction, 2 centim. 57; épaisseur, 5 cent. 08. Réaction aucune ; époques non douloureuses, durant quatre jours, un peu plus abondantes qu'autrefois. La malade a porté le redresseur pendant deux mois ; trois mois après, la flexion s'est reproduite. Introduction du même redresseur pour trois mois encore ; cavité agrandie, mesure 6c,04. Plus de flexion ; le mucus cervicale est alcalin.

La guérison se maintient pendant trois mois. Grossesse. Un an plus tard, position normale de l'utérus.

Obs. XVI. — Rétroflexion.

Madame S. S..., 23 ans, brune, assez maigre, de taille moyenne. Réglée à 14 ans, menstruation régulière. Mariée il y a quatre ans ; elle a eu deux fausses couches, la dernière il y a trois mois. Les règles durent cinq jours ; elles sont devenues plus abondantes depuis la première fausse couche ; pesanteur dans la région sacrée et douleur au moment de la défécation ; flueurs blanches assez abondantes, douleurs dans le bas-ventre.

Le fond de l'utérus est au niveau du col. Longueur de la cavité, 7 cent. 11. Le redressement, au moyen de l'élévateur, est facile, et l'utérus est complètement mobile. Le canal cervical

n'est pas rétréci; catarrhe du col (liquide alcalin), ulcérations du museau de tanche.

Traitement : Douches froides, pendant deux mois, sans aucune utilité. J'introduis mon redresseur dont voici les dimensions : longueur, 6 centim. 35; distance de la pelotte au point de jonction, 2 cent. 54, épaisseur 5 millim. Trois jours plus tard, douleurs dans le bas-ventre, et huit jours après, métrite aiguë. L'instrument est retiré. Sangsues compresses froides, moyens narcotiques. Dix jours après, la malade était guérie. La flexion a disparu, et huit mois plus tard, je constatai que la direction de l'utérus était normale.

Obs. XVII. — Rétroflexion avec rétroversion.

Madame J. N..., 36 ans, bonne constitution, mais assez maigre, bassin large. Réglée à 14 ans, époques régulières, a eu cinq enfants; dernière couche il y a deux ans. A été malade à la suite de sa couche. Aujourd'hui, constipation, douleurs dans la région sacrée. dans les jambes, surtout à la face interne des cuisses, ne peut pas rester longtemps debout. Menstruation régulière, règles assez abondantes, durent six jours.

Rétroflexion à un degré très-prononcé ; le fond est dans l'excavation sacrée, plus bas que le col qui est repoussé vers le pubis ; la flexion siége au niveau de l'orifice interne. L'utérus augmenté de volume et complètement mobile, peut être redressé facilement. Catarrhe du col, canal non rétréci; granulations du museau de tanche, surtout sur les lèvres postérieures; le liquide secrété par le col est alcalin, celui du vagin acide.

Je cautérise le col avec de la liqueur de Belloste. Deux semaines plus tard, mon redresseur (1re variété); longueur 6,35, de la pelotte au point de jonction 2,54; épaisseur 5mm. Les règles n'ont pas augmenté.

Les douleurs cessent au bout de deux semaines; le redresseur reste en place pendant trois mois. Comme dès le premier mois la version s'était accentuée, j'introduisis encore un anneau de Hodge, qui resta en place deux mois, après que le redresseur eut été retiré.

La flexion a disparu, mais la version subsiste.

Obs. XVIII. — Antéflexion en fer à cheval.

Madame E. C..., 26 ans, bohémienne de race, grande. Réglée à 12 ans; dysménorrhéique. Pas de grossesse antérieure. Les douleurs, au moment des époques, sont si intenses, qu'elles sont souvent accompagnées d'attaques convulsives.

La sonde la plue fine n'a pas pu pénétrer jusqu'à l'orifice interne. Au toucher on pouvait croire que le col était fléchi en avant, tandis que le fond était incliné en arrière. J'introduisis à plusieurs reprises des éponges préparées afin de dilater le canal cervical ; lorsque je réussis à introduire la sonde, je constatat que le corps, lui aussi, était dirigé en avant; cependant on sentait le fond dans le cul-de-sac postérieur, de sorte qu'on aurait pu croire à une rétroversion. La paroi antérieure est atrophiée dans toute son étendue. L'orifice externe, extrêmement petit, est entouré d'érosions. Catarrhe cervical, liquide alcalin; celui du vagin est neutre. Longueur de la cavité, 6 centim.

Traitement. Après avoir dilaté le canal par des éponges préparées, je pratiquai l'hystérotomie; je fis une incision transversale de l'orifice externe, et je cautérisai toute la plaie avec la pierre infernale. Quinze jours plus tard, j'introduisis mon redresseur. Longueur de l'instrument, 5 centim. 5; distance de la pelote au point de jonction, 2,54 centim.; épaisseur, 5 centim. Le mois prochain les règles ne furent plus douloureuses; elles durèrent cinq jours et furent abondantes. La malade porta le redresseur pendant quatre mois. Vers cette époque, l utérus s'abaissa légèrement et prit une direction verticale.

Le traitement terminé, l'utérus se trouva redressé : je constatai d'abord un abaissement, puis une légère rétroversion. La dyménorrhée a été guérie radicalement.

Obs. XIX. — Rétroflexion.

Madame J. G..., 27 ans, taille moyenne; réglée à 13 ans; menstruation régulière. Deux enfants, le dernier il y a deux ans. Douleurs sourdes constantes dans la région sacrée, qui s'accentuent quelquefois ; constipation ; station debout pénible; flueurs blanches.

Examen local. — Flexion en arrière au niveau de l'orifice interne ; le fond est situé plus haut que le col; l'utérus en totalité est déplacé à gauche. A droite, on sent une tumeur de grandeur moyenne assez dure, qui va de l'utérus au ligament large; cette tumeur est indépendante de l'utérus, qui cependant est moins mobile qu'à l'état normal. Les mouvements de l'utérus se transmettent en partie à la tumeur. Longueur de la cavité 7 cent. 6. Le canal non rétréci contient beaucoup de mucus légèrement alcalin ; lèvre postérieure œdématiée, couverte de granulations. Catarrhe du vagin ; le liquide sécrété est acide.

Traitement. — Sirop d'iodure de fer à l'intérieur, frictions à

l'onguent d eprotoiodure de mercure, introduction de tampons iodés, douches vaginales chaudes.

Deux mois après, la tumeur s'est à peu près résorbée; l'utérus a repris sa situation normale, mais la flexion subsiste. J'introduis mon redresseur (3e variété). Longueur, 6 cent. 3; distance de la pelote au point de jonction, 2 cent. 5; épaisseur, 5 mm. Les douleurs ont absolument disparu. Les règles sont devenues plus abondantes. La malade a porté le redresseur deux mois.

La flexion a disparu, mais il s'est formé une légère rétroversion ; en même temps l'utérus est incliné à droite et légèrement abaissé.

Obs. XX. — Arrêt de développement de l'utérus.

Madame A. A..., 37 ans, grande, brune, assez maigre. Réglée à 18 ans ; dysménorrhée peu intense ; durée des époques, deux jours ; n'a pas été enceinte. A consulté plusieurs fois pour cause de stérilite. A été mise à plusieurs reprises au traitement par le fer, l'huile de foie de morue et les alcalins. A pris à trois reprises des douches vaginales froides pendant trois à six mois ; a porté un pessaire de Hodje et pendant deux mois on lui a pratiqué d'un jour l'autre le cathétérisme utérin.

Position de l'utérus normale, mais il y a diminution de volume ; longueur de la cavité, 4 cent. ; col cylindrique ; orifice étroit ayant la forme d'une fente, qui mesure environ 7 mm. Canal non rétréci ; catarrhe du col ; le liquide sécrété est légèrement acide. Vagin court, pas de plis transversaux, mucus acide; organes génitaux externes peu développés ; mont de Vénus à peine saillant.

J'introduis mon redresseur. Longueur totale, 3 cent. 8 ; distance de la pelote au point de jonction, 1 cent. 5, épaisseur, 5 mm. Réaction aucune. Les règles n'ont pas augmenté.

Un mois plus tard, j'introduisis mon redresseur (2e variété). Les règles plus abondantes durèrent quatre jours. Durée du traitement, six mois.

L'utérus est augmenté de volume. Longueur de la cavité, 5 cent. 8. Pendant les quatre mois suivants, les règles furent plus abondantes et elles duraient quatre jours.

Depuis j'ai perdu la malade de vue.

Obs. XXI. — Latéroflexion droite.

Madame E. G..., 24 ans, bonne constitution ; réglée à 10 ans, règles peu abondantes durant deux jours. N'a pas eu d'enfants.

Depuis deux mois douleurs dans la jambe droite; les règles se sont supprimées à la suite d'un refroidissement.

L'utérus est légèrement augmenté de volume, gorgé de sang, sa température est élevée; col cylindrique, orifice en forme de fente; catarrhe cervical. L'utérus est mobile, le fond est incliné à droite, position du col normale. Le cathétérisme utérin n'est pas pratiqué, crainte de grossesse. Bains chauds, frictions narcotiques, et opiacés à l'intérieur. Deux semaines plus tard, apparition des règles. Un mois après, l'utérus n'ayant pas diminué de volume, je redressai l'utérus avec la sonde. Longueur de la cavité, 6 cent. 6.

J'introduisis mon redresseur (3e variété). Longueur totale, 6 cent.; distance de la pelote au point de jonction, 2 cent. 4; épaisseur, 5 mm. Les règles durent six jours et sont abondantes. Les douleurs ont disparu. La malade porte le redresseur pendant deux mois.

Un an après elle devient enceinte.

Obs. XXII. — Antéflexion.

Madame C. S., 20 ans, blonde, bonne constitution, en généra assez bien portante. Réglée à 13 ans, menstruation irrégulière. N'a pas eu d'enfants. Coliques menstruelles qui augmentent en intensité, flueurs blanches.

Utérus absolument mobile, antéfléchi au niveau de l'orifice interne. Longueur de la cavité, 6 cent. 6; canal non rétréci; orifice sous forme de fente; catarrhe cervical et vaginal. La paroi antérieure est très-atrophiée au niveau de la flexion.

J'introduis mon redresseur. Longueur totale, 6 cent.; distance de la pelote au point de jonction, 2 cent. 54; épaisseur, 5 mm.

Quatre jours plus tard, douleurs qui cèdent à l'emploi des bains, à des injections tièdes et à l'emploi de narcotiques.

Après trois semaines, l'utérus s'est abaissé, il occupe une position presque transversale; saillie des culs-de-sac qui sont sensibles au toucher. Le redresseur est retiré. Deux semaines plus tard, les douleurs ont cessé. Il n'y a plus de traces de pelvi-péritonite; règles non douloureuses.

La flexion a disparu, mais il s'est formé une rétroversion.

Obs. XXIII. — Antécourbure.

Madame O. F., 24 ans, blonde, anémiée, assez maigre. Réglée 15 ans; dysménorrhée. N'a pas eu d'enfants. Se plaint de dou-

leurs au moment des règles, de flueurs blanches, de constipation et d'une faiblesse générale.

La courbure siége au tiers moyen du corps. L'utérus est mobile, mais après avoir été redressé il reprend sa forme vicieuse. Longueur de la cavité, 6 cent. Canal légèrement rétréci. La sonde n° 3 passe avec difficulté. Léger catarrhe cervical; liquide sécrété légèrement alcalin; celui du vagin l'est également. Col cylindrique, orifice rond, petit.

Je fis l'incision transversale à l'orifice; je pratiquai le cathétérisme pendant trois semaines. Ferrugineux à l'intérieur et nourriture fortifiante.

J'introduisis ensuite mon redresseur. Longueur totale, 5 cent. 5 distance de la pelote au point de jonction, 3 cent.; épaisseur, 5 mm.

Règles abondantes quatre jours plus tard, elles durent six jours. La malade éprouve ensuite des douleurs dans le bas-ventre qui cèdent à l'emploi des bains.

La malade porte le redresseur pendant six semaines.

Guérison. Grossesse un an après.

Obs. XXIV. — Antéflexion avec antéversion.

Madame N.... S...., 22 ans, bonne constitution; réglée à 14 ans; menstruation régulière; n'a pas eu d'enfants. Depuis six mois, règles plus abondantes, métrorrhagies légères dans l'intervalle; envies fréquentes d'uriner.

Le fond de l'utérus est très-augmenté de volume, et a la forme d'une pomme; il est situé plus bas que le col qui est repoussé en arrière. La paroi est peu atrophiée, amincie au niveau de l'orifice interne, où siége la flexion; la lèvre antérieure est bleuâtre; catarrhe du col; mucus tinté de sang de réaction alcaline, utérus complètement mobile, longueur de la cavité, 7 cent. Canal non rétréci. Je suppose l'existence d'un polype, bien que je n'aie pu en constater la présence, j'administre du seigle ergoté et j'introduis trois fois une éponge préparée, mais sans succès.

J'introduis mon redresseur. Longueur totale, 6 cent.; distance de la pelote au point de jonction, 2 cent.; épaisseur, 5 mm.

Trois jours plus tard, métrorrhagie et douleurs qui rapellent les douleurs expulsives. Je retire le redresseur six jours après l'application, et le lendemain, on voit paraître un polype, porté sur un long pédicule, qui est fixé au fond de l'utérus. Je l'éloigne au moyen de l'écraseur. A l'examen, je trouve que l'utérus a repris son volume normal; la flexion a disparu.

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Anatomie et histologie normales. — Muscles et aponévroses du cou.

Physiologie. — De la sécrétion rénale ; composition de l'urine.

Physique. — Effets physiques et chimiques des courants électriques; applications diverses.

Chimie. — Combinaisons de l'hydrogène avec le phosphore, l'arsenic et l'antimoine; propriétés et préparations de ces composés.

Histoire naturelle. — Des feuilles; leur structure; leur position, leur forme; termes employés pour indiquer leurs plus ou moins grandes divisions; qu'entend-t-on par feuilles simples, composées et décomposées? des phyllodes, des stipules, des bractées, de la phyllotaxie.

Pathologie externe. — Des fistules et des tumeurs acrymales.

Pathologie interne. — De l'embolie pulmonaire.

Pathologie générale. — De la congestion.

Anatomie et histologie pathologiques. — Des perforations pulmonaires.

Médecine opératoire. — Du massage des membres, de sa valeur et de la manière de le pratiquer.

Pharmacologie. — Comment prépare-t-on et purifie-t-on les huiles essentielles; comment peut-on reconnaître qu'elles sont falsifiées?

Thérapeutique. — Des antipériodiques.

Hygiène — De la sophistication du vin.

Médecine légale. — Empoisonnement par les champignons vénéneux. — Symptômes. — Altérations pathologiques; traitement.

Accouchements. — De l'accouchement par la face.

Vu : le Président de la Thèse,
LASSÈGUE.

Permis d'imprimer :
Le Vice-recteur de l'Académie
A. MOURIER.